

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

Branca specialistica o

Area professionale presso(2)

n. ore

dal

ODONTOIATRIA ASST LARIANA 38 19.02.2018

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

Data 31.10.2019 Firma per esteso Cassella

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

ASST Lariana Direzione Amministrativa Attività Cliniche del Territorio 10 MAG 2017 Ricevuto il _____ Reg. N. _____

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

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

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

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

Data 03/02/21 Firma per esteso Paolo Lucarelli

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

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

Data 15/05/17 Firma per esteso _____

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto ELENA BENECCI....., nato a COMO..... (prov. CO)
il 14/10/1974..... M X.....

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>PSICOLOGIA</u>	<u>A.S.S.T. LARIANA - CPS CAMU</u>	<u>15</u>	<u>05/09/22</u>
.....
.....
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

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

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

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Benin Miriam nato a Milano (prov. MI)
il 28.05.1976 M ☒ Codice Fiscale.

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o
Area professionale

presso

n. ore

dal

Psicologa Via Napoleone 22.5 05.12.22

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

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

Data 5.12.22 Firma per esteso Yusef Benin

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

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

Data 11/06/2021 Firma per esteso Manuela Breve

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto BOLLATI CARLA ALESSANDRA, nato a COMO (prov. CO)
il 2-3-64 M X Codice Fiscale.....

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>Derma G. Luffa</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>12</u>	<u>15-11-22</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 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 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 14-11-22 Firma per esteso Bellah Carla Piera

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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



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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o

Area professionale presso(2)

n. ore dal

UROLOGIA OSA 37 15/05/2017

.....

.....

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

Data 11/05/2012 Firma per esteso Benedetto Beccia

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto BORRELLI DORIANA, nato a REGGIO CALABRIA (prov. RC)
il 30/03/1959 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>ACUSTICA</u>	<u>Pd. via Napoleone</u> <u>Como</u>	<u>22,30</u>	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

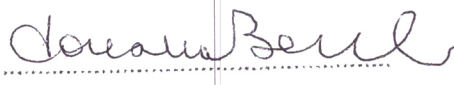
15) di ~~essere~~ / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

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

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

NOTE (2)

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

Data 15-11-22 Firma per esteso 

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_____);

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

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

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

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

NOTE (3)

.....

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

ASST Lariana
 Specialistica Ambulatoriale Convenzionata
 Specialità: Otorinolaringoiatria
 Dr. Giannino Cairoli
 Matr. 60195
 C.F. 03169550962

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

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

PROT. 19658

ASST Lariana

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

Data 02.05.17 Firma per esteso Luca Caporaso

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

Data 03/05/17 Firma per esteso Luigi Caporaso

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

25 MAG 2018

Ricevuto il _____

Reg. N. _____

ALLEGATO B

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

e la misura dell'indennità percepita _____).

NOTE (3)

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

Data 16/5/18 Firma per esteso _____

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

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

Il funzionario _____

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

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

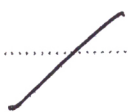
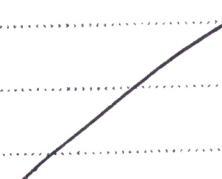
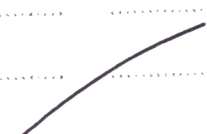
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto LUCIO CARNEVALI, nato a BOLOGNA (prov. Bo)
il 19/10/82 MXI -

- 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>ASST LARIANA</u>	<u>38</u>	<u>1/11/21</u>
			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

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

Data 2/11/21 Firma per esteso Luca Camerini

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto CARTOCCI ANDREA, nato a Como (prov. Co.)
il 10/03/1988 ☒ F XXXXXX Codice Fiscale.....

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>CH. MAURO FACCIARE</u>	<u>NOSA</u>	<u>20</u>	<u>15/02/2021</u>
<u>PEPIDIACA</u>	<u>CANTÙ</u>	<u>5</u>	<u>03/10/2022</u>
<u>"</u>	<u>VIA NAPOLEONA</u>	<u>5</u>	<u>03/10/2022</u>
<u>"</u>	<u>"</u>	<u>"</u>	<u>"</u>
<u>"</u>	<u>"</u>	<u>"</u>	<u>"</u>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

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

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

Data 03/10/22 Firma per esteso _____

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

Data 24-09-18 Firma per esteso Luigi Lazzari

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

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto CHECCINATO ENRICO nato a GALLARATE (prov. VA)
il 17/03/1960 M/F 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>ODONTOIATRA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>13</u>	<u>28/11/22</u>
<u>ODONTOIATRA</u>	<u>ASL VCO</u>	<u>12</u>	<u>28/11/22</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 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 04/11/20 Firma per esteso _____

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

ASST Lariana
 Direzione Amministrativa
 Attività Cliniche del Territorio

- 9 MAG 2017

Ricevuto il _____
 Reg. N. 20571

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

Data 8/5/14 Firma per esteso Santi Goubo

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

ASST Lariana

REGISTRO UFFICIALE

0014011

03/03/2022 - INGRESSO

Classifiche: RI

All'A.S.S.T. Lariana

Como

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto ELISA COPPOLA, nato a PAVIA (prov. PV)
il 03/03/2022 M X

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o
Area professionale

presso

n. ore

dal

CARDIOLOGIA

MARIANO COSENSE

7

05/02

CARDIOLOGIA

OLGATE CORASCO

16

05/02

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

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

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

Data 20/02/22 Firma per esteso Elio Coppola

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

Data 14/01/19 Firma per esteso Elise Coppola

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

ASST Lariana

REGISTRO UTERO E

07/07/2020 - INGRESSO
Classifiche: R1

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

All'A.S.S.T. Lariana

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

1) ☒ di essere cittadino italiano;

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

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

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

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

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

Branca specialistica o

Area professionale

presso(2)

n. ore

dal

al

~~DIABETOLOGIA~~

OLGIATE COMASCO

9h

15/6/20

~~DIABETOLOGIA~~

PONTE LAMBRO

7h30'

15/6/20

DIABETOLOGIA

COMO - NAPOLEONA

8h30'

15/6/20

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

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

11) di esercitare / non esercitare (1) 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.;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_____;

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

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

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

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

NOTE (3)

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

Data 3/7/20 Firma per esteso Andreas Deaura

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>CARDIOLOGIA</u>	<u>COMO VIA NAPOLEONA / LOMAZZO /</u> <u>OLGIATE COMASCO</u>	<u>30</u>	<u>04/07/2022</u>
.....
.....
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

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

Data 31/07/2022 Firma per esteso _____

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto DISTEFANO ANDREA GIUSEPPE nato a MILANO (prov. MI)
 il 26/11/1965 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

DICHARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
DERMATOLOGIA	ASST LARIANA (PONTE LAMBRO)	15	01/02/2022
DERMATOLOGIA	ASST BRIANZA (CESANO M.)	8	01/03/2022
DERMATOLOGIA	ASST MELEGNANO (SEGRATE)	12	01/03/2022

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

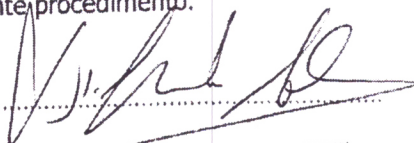
17) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

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

07/04/2017

Data.....Firma per esteso



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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Floris Luciana Gabriella, nato a Jerzu (prov. Nu.)
il 23/01/1960, M F

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>PSICOLOGIA</u>	<u>DSMD</u>	<u>38</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 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 2/08/2022 Firma per esteso Luciana Gemelle Floris

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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


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

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

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

NOTE (3)

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

Data 23/5/17 Firma per esteso 

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o
Area professionale

presso

n. ore

dal

NEUROLOGIA

15

5/6/2020

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

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

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

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

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

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

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

8) di ~~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 _____);

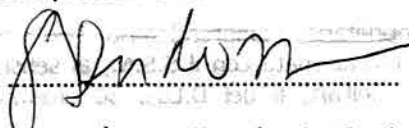
15) di ~~essere~~ / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

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: 8/6/2020 Firma per esteso: 

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

ASST Lariana
 Direzione Amministrativa
 Attività Cliniche del Territorio

18 MAG 2017

Ricevuto il _____
 Reg. N. _____

ASST Lariana
 Specialistica Ambulatoriale Convenzionata
 Sped. in Ab. Post. 45%
 di 158 Unità di Ricambio
 Matr. 60001
 C.F. 01606670137970833N

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>ACUSTICA</u>	<u>OLBIATE C.</u>	<u>18.5</u>	<u>1989</u>
	<u>COMO V. NAPOLEONA</u>	<u>9</u>	
	<u>VAPNIO DI ADDA</u>	<u>7</u>	
	<u>LECCO</u>	<u>7.30</u>	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_____);

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

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

_____;

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

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

NOTE (3)

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

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

Data 9/5/17 Firma per esteso _____



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

Firma apposta alla presenza di _____

con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario _____

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

ASST Lariana Direzione Amministrativa Attività Cliniche del Territorio 12 MAG 2017 Ricevuto n. _____ Reg. N. _____

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o

Area professionale presso(2)

n. ore

dal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

Data 12.05.2017 Firma per esteso Maurizio

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

ASST Lariana Direzione Amministrativa Attività Cliniche del Territorio 15 GEN 2019 Ricevuto il _____ Reg. N. _____

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

Data 15/01/2019 Firma per esteso Silvano Grazioplene

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o

Area professionale presso(2)

n. ore

dal

DIABETOLOGIA MARIANO COMENSE 38 LUNEDÌ A VENERDÌ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

Data 4/10/20 Firma per esteso _____

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto GRATTON ILVO, nato a SEREGNO (prov. MB)
il 10.05.1955 F C.

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

DICHIARA

1) di svolgere (attualmente) la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato**(1): a partire dal 13.05.2020

Branca specialistica o
Area professionale

presso

n. ore

dal

OCULISTICA

ASST LARIANA, MARIANO C.

15,5

1997

OCULISTICA

ASST LARIANA, PONTE LAMBRO

4

2020

OCULISTICA

ASST Vimerate GIUSSANO

6,75

2002 (2002)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

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

Data 16.06.20 Firma per esteso _____

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto GROBBERIO MONICA nato a MILANO
(prov. MI) il 23/02/1972 M_FX

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>PSICOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>30</u>	<u>1.1.2009</u>
.....
.....
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

INCARICO A TEMPO DETERMINATO IN BRANCA SPECIALISTICA PSICOLOGIA
PRESSO ASST - LARIANA (GIA' A.O. S. ANNA DI COMO) PER 30 ORE /ATTI MANUALI
DALL'1.2.2008 AL 31.12.2008

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

Data 9.5.2017 Firma per esteso Ilseu fomb

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto SALVATORE IENVOLE, nato a NOCERA INF. (prov. SA)
il 3/12/81 MXF

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>REIATOLOGIA</u>	<u>POLIAMBULATORIO VIA NAPOLEONE COMO</u>	<u>15</u>	<u>1/12/2021</u>
<u>REIATOLOGIA</u>	<u>POLIAMBULATORIO VIA NAPOLEONE COMO</u>	<u>7</u>	<u>12/9/2021</u>
.....
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

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

Data 12/9/2021 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 DANIELA LEMMA, nata a MESSINA (prov. ME)
il 27.1.1975 M. F

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>Oculistica</u>	<u>POLICLINICO DI VIA NAPOLITANA 60</u>	<u>23</u>	<u>10.1.2022</u>
	<u>POLICLINICO DI OLIVATE</u>	<u>15</u>	<u>18.3.2018</u>
	<u>COMASO</u>		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (2)

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data...10.1.2024... Firma per esteso Luigi De Luca

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto MARICA LIVIO, nato a COMO (prov. CO)
il 20/04/1963 M (F)

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

DICHIARA

1) di svolgere attualmente la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) a tempo indeterminato/determinato(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
PSICOLOGI...	ASST-LARIANA c/o SERT	38	01/06/2020
.....
.....
.....

2) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) ~~di essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N.;

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) ~~di fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) ~~di operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) ~~di essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) ~~di fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);

15) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

16) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) ~~di avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 05/06/2020 Firma per esteso Luca Riva

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto LOYATI SILVIA, nato a MILANO (prov. MI)
il 10.10.1971 M FX

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

DICHIARA

1) di svolgere attualmente la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) a tempo indeterminato/determinato (1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>DERMATOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>38 ORE</u>	<u>03.08.2020</u>
		<u>SETTIMANALI</u>	

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);

15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

16) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 04.08.2020 Firma per esteso Silvia Louak

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto LUPI MARCO, nato a COMO (prov. CO)
il 28/01/1989 MXF

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato**(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>CARDIOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>38</u>	<u>01/11/2021</u>
.....
.....
.....

2) di ~~essere~~ non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ non esercitare (1) e attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~ / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);

15) di ~~essere~~ / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

16) di ~~avere~~ / non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~ / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 01/11/2021 Firma per esteso Marco Lupat

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto LUZZANA CRISTINA, nato a MILANO (prov.....)
il 06.11.1970 M_F

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato** (1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>ALLERGIOLOGIA</u>	<u>VIA NARBONNA OLGIATE</u>	<u>2P</u>	<u>8/3/2022</u>
.....
.....
.....

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);

15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

16) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 8/3/2022 Firma per esteso Arturo Duraccio

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.