AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto ANNA MAFFIA,nato	a. GRAVEDONA (prov.CO.)
Il sottoscritto	in the same of the

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);

(ACN 31.3.2020) a temp	o indecerninaco,	- ore	dal
Branca specialistica o Area professionale	presso OSPEDALE MENJAGGIO	n. ore28	<u>Velval 32</u>
OCULISTICA	The state of the s		
**************************************			di altri rapporti

- 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 contre / 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
- 4) di escritore / 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 subgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera
- 6) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario grales. 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 svelgere / 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 eperare / 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 acce / 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_	di natura disciplinare da parte dell'Ordine
15) di essere/non	essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine
In caso affermativo	essere (1) soggetto a provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione);
dall'Albo):	denne penali:

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

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

17) di avere/non avere (1) pro-	国际实际的对外的基本的	
-:0== (3)		***************************************
NOTE (2)		

***************************************	informato: a) che i dati personali ra	ccolti saranno trattati, anche col
	informato a) the I day persone	

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 visone ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 15/12/22. Firma per esteso ... Ommo Mago

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)

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

REGISTRO UFFICIALE 0019988 22/03/2023 - INGRESSO Classifiche: R1

scelta;

o professionista (biologo, chimico, psicologo);

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

	AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
II	sottoscritto DRSSA ENZA TANISCAL CO, nato a BECCUNO (prov. BC.) 29/04/1962 M_F_CodiceFiscale
	 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 n. ore dal Area professionale presso
	DONTOIATRIA COSSIDI CONVINTA ASST CARIANA 38 20/03/202
	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

6) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario

ret che	di_esercitare / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo ribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in na di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;
	di svolge re / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge ività convenzionale;
9) cor	di-fruire / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza mpetente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
10 pri) di opera re / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni vate operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;
su) di essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e ccessive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 92, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
12 sp) di essere / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di ecializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
ind de) di_fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale compatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" I fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano ll'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);
Na	di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo zionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data durata);
nr) di essere /non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine ofessionale dei
İn	caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione all'Albo):;
16	o) di a ve re/non avere (1) riportato condanne penali;
17) di avere/ non avere (1) procedimenti penali pendenti;
N	OTE (2)
st Re de	sottoscritto dichiara altresì, di essere informato: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con rumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del eg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito ell'ASST Lariana, del quale ha preso visone ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e ell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.
D	ata, 20. 103/2023. Firma per esteso Enza Mauisealia
La fu	sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del inzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia otostatica 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 MARELL	MARIA	ANTONIA	, nato a	MEDA	
(prov MB.)il 07 . 09. 19	57 MJ	<u> </u>			

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

- 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;
- 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;
- di-esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 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;
- di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
- di essere /non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- 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

 di svolgere/non svolgere (1) funzioni fisca la quale svolge attività convenzionale; di fruire/non fruire (1) del trattamento pedi previdenza competente di cui al decreto della previdenza sociale; di operare/non operare (1), a qualsia stabilimenti o istituzioni private operanti con il S.S.N. (in caso affermativo attività di essere /non essere (1) titolare di un ran. 119/88 e successive modificazioni o di a8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1 integrazioni; di essere/non essere (1) iscritto al corso o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 1 ed integrazioni; di fruire/non fruire (1) di trattamento di ci avere/non avere (1) subito sanzio dall'Accordo Collettivo Nazionale (in cas precedenti, indicare la tipologica. di essere/non essere (1) soggetto a pro 	er invalidi o 15 ottob asi titolo, in regime indicare pporto co apposito ra 992, n. 5 di formazi 17 agosto	in prediction disconnected in prediction disconn	residi, si venzione ciruttura conale disconale disconale successive ecifica in 368 e su secondo	da parte dinistro del strutture se o accred ed il sciplinato e ato ai sens ve modifica medicina uccessive i	lel fondo lavoro e sanitarie, itamento tipo di
di previdenza competente di cui al decreto della previdenza sociale; 12. di operare/non operare (1), a qualsia stabilimenti o istituzioni private operanti con il S.S.N. (in caso affermativo attività 13. di essere /non essere (1) titolare di un ra n. 119/88 e successive modificazioni o di a 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1 integrazioni; 14. di essere/non essere (1) iscritto al corso o o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 1 ed integrazioni; 15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di ci dall'Accordo Collettivo Nazionale (in cas precedenti, indicare la tipologica 17. di essere/non essere (1) soggetto a pro	asi titolo, in regime indicare pporto co apposito ra 992, n. 5 di formazi 17 agosto	in prediction in	residi, si venzione struttura onale dis o instaura successive ecifica in . 368 e su secondo	strutture se o accred ed il sciplinato e ato ai sens ve modifica uccessive i	sanitarie, itamento tipo di
stabilimenti o istituzioni private operanti con il S.S.N. (in caso affermativo attività 13. di essere /non essere (1) titolare di un ra n. 119/88 e successive modificazioni o di a 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1 integrazioni; 14. di essere/non essere (1) iscritto al corso o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 1 ed integrazioni; 15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di ci dall'Accordo Collettivo Nazionale (in cas precedenti, indicare la tipologica 17. di essere/non essere (1) soggetto a pro	in regime indicare pporto co apposito ra 992, n. 5 di formazi 17 agosto	onvenzionapporto sono special	onale dis o instaura successiv ecifica in . 368 e su	e o accred ed il sciplinato o rato ai sens ve modifio n medicina uccessive n	tipo di tipo di j; dal D.P.R si dell'art cazioni e generale modifiche
n. 119/88 e successive modificazioni o di a 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1 integrazioni; 14. di essere/non essere (1) iscritto al corso o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 1 ed integrazioni; 15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di ci dall'Accordo Collettivo Nazionale (in cas precedenti, indicare la tipologica 17. di essere/non essere (1) soggetto a pro	apposito ra 992, n. 5 di formazi 17 agosto quiescenza oni discip	apporto 502 e : ione spe 1999 n. a;	ecifica in	n medicina uccessive i	generale modifiche
o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 1 ed integrazioni; 15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di c 16. di avere/non avere (1) subito sanzio dall'Accordo Collettivo Nazionale (in cas precedenti, indicare la tipologia 17. di essere/non essere (1) soggetto a pro	17 agosto quiescenza oni discij	1999 n. a; plinari	, 368 e si secondo	o quanto	previst
16. di avere/non avere (1) subito sanzionale (in cas precedenti, indicare la tipologia 17. di essere/non essere (1) soggetto a pro	oni disci	plinari	secondo	o quanto	previst
16. di avere/non avere (1) subito sanzionale (in cas precedenti, indicare la tipologia 17. di essere/non essere (1) soggetto a pro	oni disci	plinari	secondo	o quanto	previst
17. di essere/non essere (1) soggetto a pro	so afferma	ativo, e	solo se	lata e	due ani durat
dell'Ordine professionale dei MEMCI C	vvedimer	nto di r	natura di di	isciplinare	da part
In caso affermativo, specificare la tipolog caso di sospensione dall'Albo):	ia del pro	vvedim	ento, la	data e la	durata (
caso di sospensione dali Alboj:					
18.di avere/non avere (1) riportato con procedimenti penali pendenti;	ndanne p	oenali (e di a v	rere/ non	avere (
19. di percepire/non percepire (1) l'indennit in base ad altro rapporto convenzionale svolta	(in caso a	ffermat	tivo indic	care il tipo	di attivi
dell'indennità percepita					
OFFIC (2)					
OTE (3)					

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

Data 15 5 P. Firma per esteso Mae	ipsutoria macel
-----------------------------------	-----------------

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

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.

⁽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 Ammnistrativa Attività Cliniche del Territorio

0 8 SET 2017

Ricevuto il	
Reg. N.	

(ALLEGATO B modificato (fall ASAL), harraga))

All'A.S.S.T. Larrana

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

sotroscritto
di sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario
DICHIARA
1) 🛴 di essere cittadino italiano:
1a) di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare)
2) X di possedere il diploma di faurea (DL) = la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):
2a) diploma di laurea con voto/110 senza lode con lode, conseguito presso l'Università di in data in data
2b) laurea specialistica/magistrale con voto/100 _ senza lode _ con lode conseguita presso l'Università di
3) di essere abilitato all'esercizio della professione di Mc Dico chia Asa abasa amedico chirurgo – odontolatra – medico veterinario – biologo – chimico – psicologo) nella sessione 4923/1 presso l'Università di Paria
4) di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli. 州モ DICI. (ODCINGILAT 以上 (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di C 2 4 2 dal. 24-04-483 円色のに 22-48-1938 コロロルプロ・47名 1

4b)		*********		consegui	ta il/
presso l'Università di			con vot	o se	nza lode _ con lode;
Ac)				consegui	ta il//
presso l'Università di		••••••	con vot	ose	nza lode] con lode:
4d)				consegu	ita il//
4d) presso l'Università di			con vot	:o se	enza lode 📑 con lode;
le)				consegu	ita il//
presso l'Università di.			con vot	to se	enza lode _l con lode:
					re to the constitution
competente di cui al sociale:	decreto 15 ot	tobre	1976 del Min	istro del lavor	l fondo di previdenza n e della previdenza
6) di non fruire di tra	ttamento di qui	escenza	a, come previs	to dalla norma	tiva vigente:
7) di non essere tit veterinario o profess	olare di incari ionista sanitario	co a te	empo indeterr nassimale orar	minato di spec rio pari a 38 or	rialista ambulatoriale, e settimanali;
3) di avere svolto e darea professionale, determinato/indeter Branca specialistica de la companya de la c	come sostit minato (*) (indi	uto, ii	ncaricato pre	OVVISORIO O	branca specialistica o incaricato a tempo):
Area professionale	presso(2)			al	
ODONTOIATALA.	RIST LABOR	4.23	\$1005 Pilis	T.VTT. 0.661	INDETERTINATO
i mini i mammunini					DELEGRINATO
On manufacturing the state of t		13.5	2108 2004	31:07-2005	. iq
	14	15,5	01/05/2901	31.07.2009	
3	11	11	01/04/2001	30.04.5001	21
1) di essere / non es altri rapporti, anche	ssere (1) titolare di natura conve	e di altr enziona ietario, abile di	o rapporto di ale, con il Serv comproprieta strutture con	pendente, publ izio Sanitario N ario, socio, azio venzionate con	olico o privato, e di lazionale; nista, gestore, i il S.S.N., ai sensi
10) di essere/non es amministratore, dir del D.P.R. n. 120/88 D.I.gs. 30 dicembre	e successive m	odificat	zioni, o accred	litate ai sensi d	ell art. 8 del

12) di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di latto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio San tario Nazionale;
13) di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale:
14) di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
15) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
16) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
17) di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi [in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di
artivitàD
18) di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
19) di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività):
20) di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.I.gs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni:
n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8. comma 5. del D.Lgs 30 dicembre 1992, π. 502 e successive modificazioni e
n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato al sensi dell'art. 8. comma 5. del D.l.gs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni: 21) di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.l.gs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche

25) di percepire/non percepire (1) l'indennità di	rischio o l'indennità specifica di categoria
in base ad altro rapporto convenzionale (in caso	e la misura
svolta	e ta misura
dell'indennità percepita	***************************************
26) di impegnarsi, in caso di assegnazione di situazione di incompatibilità presente e futura, p	incarico, a rimuovere preventivamente og prevista dal vigente A.C.N. 17.12.2015.
NOTE (3)	
(BENERAL PROPERTY CONTROL OF THE SECOND CONTROL CO	
(i sottoscritto dichiara altresi, di essere informat D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati persona	to, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del
strumenti informatici, esclusivamente nell'ambi	to del presente procedimento.
Data 20.27.20 Firma per esteso	igetta ad autenticazione ove sia apposta in la documentazione ovvero sia presentata
Data De La Sottoscrizione di tale dichiarazione non è sogoresenza del funzionario competente a ricevere anitamente a copia fotostatica di un documento validità (art. 38 del DPR 445/2000). Firma apposta alla presenza di	igetta ad autenticazione ove sia apposta in la documentazione ovvero sia presentata
Data 20.27.20 Firma per esteso	igetta ad autenticazione ove sia apposta in la documentazione ovvero sia presentata
Data 20.27.20 Firma per esteso	getta ad autenticazione ove sia apposta in la documentazione ovvero sia presentata di identità del sottoscrittore in corso di
Data De La Sottoscrizione di tale dichiarazione non è sogoresenza del funzionario competente a ricevere anitamente a copia fotostatica di un documento validità (art. 38 del DPR 445/2000). Firma apposta alla presenza di	getta ad autenticazione ove sia apposta in la documentazione ovvero sia presentata di identità del sottoscrittore in corso di applica le norme dell'Accordo Collettivo nari e altre professionalità
La sottoscrizione di tale dichiarazione non è sogoresenza del funzionario competente a ricevere anitamente a copia fotostatica di un documento validità (art. 38 del DPR 445/2000). Firma apposta alla presenza di	getta ad autenticazione ove sia apposta in la documentazione ovvero sia presentata di identità del sottoscrittore in corso di eapplica le norme dell'Accordo Collettivo nari e altre professionalità ente quello riservato alle notizie richieste.

REGISTRO UFFICIALE

(12/06/2020 - 11/06/2020 SO
Classifiche: R1

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

	7,00	_		
	sottoscritto MATTEVE	L' Parpinio Maria	OCIMO	
Н	sottoscritto / / V	ALILLI.Z.C.V.I. HELKINATO	a	(prov///.
il.	14/1/1960 MX F	(

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

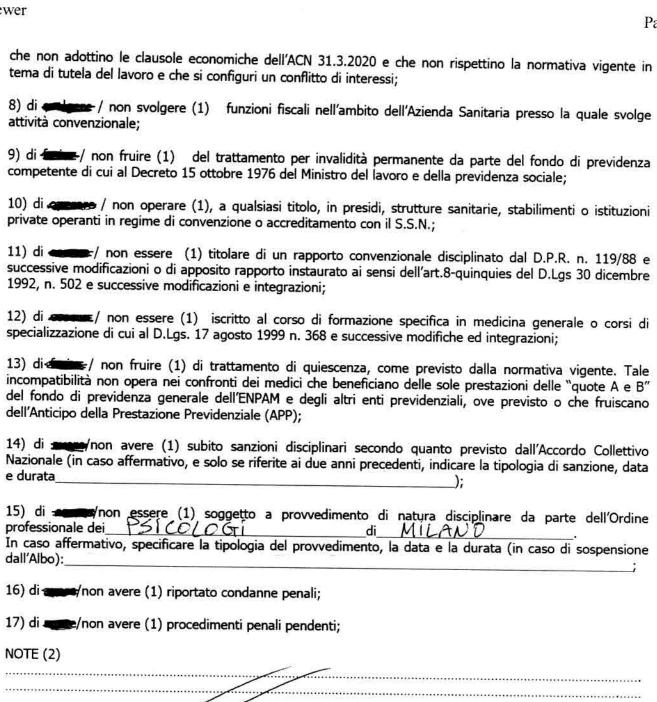
 consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 30.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale Blcologia-Islogiciapia	presso	n. ore	dal 1/5/1989 A TVII 'CGGI
PSICOLOGIA-BICOTERAPIA	SERT-COMO	8.	1/6/2020 A TUTT'OGGI
5			

- 2) discoure / 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) discusso o 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 acceptante / 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 / 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 acceptante / 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



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.

Specialistica Ambulatoriale Convenzionata
Specialistica Ambulatoriale Co

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 INI	FORMATIVA	
Il sottoscritto	HIARA HAURI 1965 MFX	nato a	ROHA
responsabilità ammini	i dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28. strative e penali conseguenti a di amate dall'art. 76 del citato l	lichiarazioni	non veritiere, formazione o
	DICHIARA		
di non fruire del tr competente di cui al sociale;	rattamento per invalidità perma decreto 15 ottobre 1976 del	nente da pa Ministro del	rte del fondo di previdenza lavoro e della previdenza
2) di non fruire di trat	tamento di quiescenza, come pr	evisto dalla r	normativa vigente;
3) di essere / non ambulatoriale, veteri settimanali;	essere (1) titolare di incarico nario o professionista sanitario	a tempo in o con mass	ndeterminato di specialista imale orario pari a 38 ore
4) di svolgere la segue a tempo indeterminat	ente attività professionale nella co:	branca speci	alistica o area professionale,
Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
DIABETOLOGIA	Presso(2) ASSILARIANA	38	15/3/2011

- 5) di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 6) di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- 7) di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 8) di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 9) di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- 10) di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
- 11) di essere/nomessere (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;

dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso a precedenti, indicare la tipologia di sanzione	disciplinari secondo quanto previsto ffermativo, e solo se riferite ai due anni e, data e durata
);
dell'Ordine professionale dei	vvedimento di natura disciplinare da parte
n caso affermativo, specificare la tipologia	del provvedimento, la data e la durata (in
A had a managed to the	
20) di avere /non avere (1) riportato conda procedimenti penali pendenti;	nne penali e di avere /non avere (1)
in base ad altro rapporto convenzionale (in	nità di rischio o l'indennità specifica di categoria n caso affermativo indicare il tipo di attività
svoltadell'indennità percepita	e la misura
den indennita percepita	
NOTE (3)	
NOTE (3)	
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere infe	ormato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del rsonali raccolti saranno trattati, anche con
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere info D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati pe strumenti informatici, esclusivamente nell' Data 15/5/2017. Firma per esteso	ormato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del rsonali raccolti saranno trattati, anche con 'ambito del presente procedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere info D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati pe strumenti informatici, esclusivamente nell' Data 15 5 Firma per esteso	ormato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del rsonali raccolti saranno trattati, anche con
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere info D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati pe strumenti informatici, esclusivamente nell' Data 15 5 Firma per esteso	ormato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del rsonali raccolti saranno trattati, anche con 'ambito del presente procedimento. Light

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

ll sottoscritto	IONI RAFFAEUA 09-68 M_FX	nato s	. COM	0
responsabilità ammini	i dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28. strative e penali conseguenti a c iamate dall'art. 76 del citato l	lichiarazioni	non veritiere	formazione o
	DICHIARA			
1) di non fruire del tr competente di cui al sociale;	attamento per invalidità perma decreto 15 ottobre 1976 del	nente da pa Ministro del	rte del fondo lavoro e de	di previdenza lla previdenza
2) di non fruire di trat	tamento di quiescenza, come pr	evisto dalla r	normativa vig	ente;
di essere / nen- ambulatoriale, veteri settimanali;	nario o professionista sanitari	a tempo in con mass	ndeterminato imale orario	di specialista pari a 38 ore
4) di svolgere la segue a tempo indeterminat	ente attività professionale nella co:	branca speci	alistica o area	professionale,
Branca specialistica o	(2)	n. ore	dal	
Area professionale	HENAGGIO	15	01/01	12019
<i>Op.</i> (2)			7	/
			d maanaa	

- 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) disessere/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;

	in upologia al salis	ione, data e durata);
dall'Ordina professi	ionale dei		natura disciplinare da di	
In caso affermativo, caso di sospensione	, specificare la tipolo e dall'Albo):	ogia del provvedim	ento, la data e la durata	i (in
20) di avere/non av	vere (1) riportato co	ndanne penali;		
21) di avere/non av	vere (1) procedimen	iti penali pendenti;		
22) di percepire/no in base ad altro rap svolta	porto convenzional	e (in caso affermat	l'indennità specifica d ivo indicare il tipo di at e la misu	tivita
	epita);
Il sottoscritto dici 2016/679 e del Di anche con strumer Data 6/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2	hiara altresì, di ess. Lgs. 30 giugno 200 nti informatici, esclu Firma per esteso di tale dichiarazione ionario competente a fotostatica di un del D.P.R. 445/2000).	sere informato, ai 03, n. 196, che i da sivamente nell'am non è soggetta ad a ricevere la docun ocumento di identi	sensi e per gli effett ati personali raccolti sa bito del presente proce autenticazione ove sia nentazione ovvero sia p tà del sottoscrittore in	ti del Re aranno tr dimento apposta presenta
con identificazion	e del dichiarante me			
Il funzionario				
(1) cancellare la p	oarte che non interes aria o Istituzione Pu	ssa bblica che applica	e norme dell'Accordo (Collettive

F. T. 's'

All'A.S.S.T. Lariana

Como

ugum a u

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

11 sottoscritto. MEOLA LUCIA nato a BENEVENTO (prov. 3rd) il 08 10: 1979 M.R.

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

DICHIARA

- 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)

RSIEDLOGO ASST. LARIAMA 30 ZOM O forfice 2016

PSIEDLOGO ASST. LARIAMA 23 do higho 2016 o fripo 2019

PSIEDLOGO ASST. VALTELLIMA 15 Slo higho 2016 o fripo 2019

PSIEDLOGO ASST. VALTELLIMA 38 slo higho 2019 ext off

- 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;
- 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;

precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata	nní);
19) di esser e/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare di dell'Ordine professionale deididi	
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la dura caso di sospensione dall'Albo):	ta (in
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 in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di svoltae la mi	attivita
dell'indennità percepita);
NOTE (3)	
NOTE (3)	
ali effe	
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli elle 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente productione del presente del presen	saranno trattat
Data 04 M la Sirma per esteso Lucio Luclo La sottos crizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove si	
presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore i validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).	presentata
Firma apposta alla presenza di	
con identificazione del dichiarante mediante	
Transaction and the second and the s	

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto MCLA PEDERICA	nato a	TORINO
(prov.TO.) il_13-07-80M_FX	COM SERVER I	

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;
- di antico 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 d Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
DERMATOLOGIA	COMO-Via Napoleona	15	01-06-2016
DERMATOLOGIA	CANTU-Poliambulatorio	10	01-06-2016
			octa a tempo
	determinato in vostro	bowsered come of	a documentazione

- di contre / non essere (1) titolare di altriciapporti digendente, piganti in optisiste e di after rapports, anche di natura consenziana la cionii Servizia Sanctari e Nacionale 6) d) content (1) proprietaria compreprietaria so or accorde to the amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con de e e. Si sezzo del D.P.R. n. 120/Bille successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. o dal-D Lps. (O'dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni). di exercitace /non escricitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con di rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale, 8) di esse/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o societa anche de latto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavorocon il Servizio Sanitario Nazionale; q) di sudgero/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale; 10) di di /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 empo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo); 13) di escribare/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 🕶 non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale; 15) di /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
 - 17) di ——/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;

16) di // 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;

orecedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata);
19) di- non essere (1) soggetto a provvedimento di na dell'Ordine professionale dei	i
n caso affermativo, specificare la tipologia del provvediment caso di sospensione dall'Albo):	o, la data e la durata (in
20) di //non avere (1) riportato condanne penali e di av procedimenti penali pendenti;	ere/non avere (1)
21) di para / non percepire (1) l'indennità di rischio o l'i in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo svolta	indicare il tipo di attività
dell'indennità percepita);
NOTE (3)	
Il sottoscritto dichiara altresi, di essere informato, ai sensi e	ner dii effetti dell'art 13 del
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti sa	ranno trattati, anche con
D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti sa strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del prese	ranno trattati, anche con nte procedimento.
Data 28 4 17 Firma per esteso	ranno trattati, anche con nte procedimento. enticazione ove sia apposta in tazione ovvero sia presentata
Data 28 4 17 Firma per esteso	ranno trattati, anche con nte procedimento. enticazione ove sia apposta in tazione ovvero sia presentata
Data 28 4 1 Firma per esteso	ranno trattati, anche con nte procedimento. enticazione ove sia apposta in tazione ovvero sia presentata
D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti sa strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del prese Data 28 4 17 Firma per esteso	ranno trattati, anche con nte procedimento. enticazione ove sia apposta in tazione ovvero sia presentata
Data 28 4 17 Firma per esteso	ranno trattati, anche con nte procedimento. enticazione ove sia apposta in tazione ovvero sia presentata del sottoscrittore in corso di

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

1 (I sottoscritto. OD Ar (prov. 111.) il. 12 - 28	Vi AN DNEA 5-1966 M×F_	nato a	micano
	responsabilità ammin	i dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28. istrative e penali conseguenti a d liamate dall'art. 76 del citato l	lichiarazioni	non veritiere, formazione d
		DICHIARA		
	 di non fruire del ti competente di cui al sociale; 	rattamento per invalidità perma decreto 15 ottobre 1976 del	nente da pa Ministro del	rte del fondo di previdenza lavoro e della previdenza
	2) di non fruire di tra	ttamento di quiescenza, come pr	evisto dalla r	normativa vigente;
	di essere / non ambulatoriale, veteri settimanali;	essere (1) titolare di incarico inario o professionista sanitario	o a tempo in o con mass	ndeterminato di specialist imale orario pari a 38 or
	4) di svolgere la segu a tempo indetermina	ente attività professionale nella to:	branca speci	alistica o area professional
	Branca specialistica			
	Area professionale		n. ore	dal
	owu stica	BUARBULATOND LOTAGO	18	CI-CI-2009
	12222.212.112.112.112.112.112.113.113.11	w	***************************************	
	association and the second	***************************************		

- 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 escore/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 la configuratione di la
- 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;
- di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
- di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- 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) disvolgere/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 (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;

precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata	};
9) di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di nat lell'Ordine professionale dei nEDIA CANQUEGIO	
n caso affermativo, specificare la tipologia del provvediment caso di sospensione dall'Albo):	o, la data e la durata (in
20) di avere /non avere (1) riportato condanne penali e di ave procedimenti penali pendenti;	ere/non avere (1)
21) di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'in in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo svolta	indicare it tipo di attività
dell'indennità percepita);
NOTE (3)	

	per gli effetti dell'art. 13 del ranno trattati, anche con
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti sa strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del preser	per gli effetti dell'art. 13 del ranno trattati, anche con nte procedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti sa strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del preser Data 08 05 17 Firma per esteso	per gli effetti dell'art. 13 del ranno trattati, anche con nte procedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti sa strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del preser Data. OS 177 Firma per esteso	per gli effetti dell'art. 13 del ranno trattati, anche con nte procedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti sa strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del preser Data. OS	per gli effetti dell'art. 13 del ranno trattati, anche con nte procedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti sa strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del preser La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad auto presenza del funzionario competente a ricevere la documento unitamente a copia fotostatica di un documento di identità di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000). Firma apposta alla presenza di	per gli effetti dell'art. 13 del ranno trattati, anche con nte procedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti sa strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del preser Data 08/05/17. Firma per esteso	per gli effetti dell'art. 13 del ranno trattati, anche con nte procedimento.

REGISTRO UTFICIALE 0010235 15 02 2021 - INGRESSO Classifiche R1

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscrittoorsida.	nat nat	to a
11 06 04 USS M		

- 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
Area professionale	FLATERA I	i ann
AST FIOTHAGO	A SST. LACIANA	20 h neltimundi
		gangrail

- 2) di estere / 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 / 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 **presente** / 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 entre / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;
- 6) di / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- 7) di la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo ratribuito forfottariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;
8) di non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
9) di / 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 // / 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 // / 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 / 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 // / 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);

Nazionale (in caso affermativo, e sol e durata	o se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, dat);	
Constructor dat	getto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordir di	
In caso affermativo, specificare la t dall'Albo):	pologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensior ;	ie
16) di //e/non avere (1) riportato	condanne penali;	
17) di //e/non avere (1) procedin	enti penali pendenti;	
NOTE (2)		
Il sottoscritto dichiara altresì, di ess 30 giugno 2003, n. 196, che i d	ere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.L. uti personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informat	js. ici,

Data 15 2 221 ... 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

esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
11 sottoscritto RALAMTTO GIAGO nato a VISO moletia
(prov VV.) il. 95/96/3.6, 2 M_F_
TATE AND DO MADON OF THE CONTROL OF
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;
2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
 di essere / non essere. (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale a tempo indeterminato:
Branca specialistica o Area professionale presso(2) n. ore dal
O. P. L DEST Voltellia 4:30
ON ALST CANAMA 33.30

- 5) di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 6) di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- 7) di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 8) di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 9) di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- 10) di svolgere/non svolgere (1) attività 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) <u>di esercitare</u>/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 seco dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e so precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata	olo se riferite ai due anni
19) di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di dell'Ordine professionale dei_	di ,
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedime caso di sospensione dall'Albo):	ento, la data e la durata (in
	,
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 di n'esta ad altro rapporto convenzionale (in caso affermati svolta	ivo indicare il tipo di attività
dell'indennità percepita);
NOTE (3)	
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i da anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'amb	sensi e per gli effetti del Reg. Uniti personali raccolti saranno tratta bito del presente procedimento.
presenza del funzionario competente a ricevere la docum	nentazione ovvero sia presentata
unitamente a copia fotostatica di un documento di identi validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000). Firma apposta alla presenza di	ta del sottoscrittore in corso di
con identificazione del dichiarante mediante Il funzionario	
(1) cancellare la parte che non interessa (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica l Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altr (3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quell	re professionalità

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto PAOLO SELGIO PAVONE , nato a MILANO (provinci) il 06/14/1857 MOF
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; 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
DETATOLOGIA ASST MANA-PO DENSELO 27 TITOLINE A M ASST VALTEWINA-ATTO MON 3 DA 01/03/1889
P.D NOABGUENO - CHUNEWA Ambulatorio di DERMATOLOGIA Dott. Paolo Sergio PAVONE. S.S. PVN 98757506 F2050

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

30/10/2019 PDF.js viewer

	ione, data e durata);
	provvedimento di natura disciplinare da parte di
n caso affermativo, specificare la tipolo caso di sospensione dall'Albo):	di ogia del provvedimento, la data e la durata (in
20) di a ver e/non avere (1) riportato co	ndanne penali;
21) di a vere /non avere (1) procedimen	iti penali pendenti;
n base ad altro rapporto convenzionale	dennità di rischio o l'indennità specifica di categoria e (in caso affermativo indicare il tipo di attività e la misura
dell'indennità percepita);
NOTE (3)	
ll sottoscritto dichiara altresì, di ess 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 200	
Il sottoscritto dichiara altresì, di ess 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 200 anche con strumenti informatici, esclus Data OJIII. 2018Firma per esteso	sere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. 13, n. 196, che i dati personali raccolti saranno tratt sivamente nell'ambito del presente procedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di ess 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 200 anche con strumenti informatici, esclus Data 2011. 2018. Firma per esteso La sottoscrizione di tale dichiarazione presenza del funzionario competente a unitamente a copia fotostatica di un do validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).	sere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. 13, n. 196, che i dati personali raccolti saranno tratt sivamente nell'ambito del presente procedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di ess 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 200 anche con strumenti informatici, esclus Data OJ II. 2018Firma per esteso La sottoscrizione di tale dichiarazione presenza del funzionario competente a	sere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. 3, n. 196, che i dati personali raccolti saranno tratti sivamente nell'ambito del presente procedimento. Totale e mon è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in a ricevere la documentazione ovvero sia presentata ocumento di identità del sottoscrittore in corso di

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

RESISTRO UTFICIALE 0066095 14 12 2020 - INGRESSO Classifiche, RT

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

710.00			
II sottoscritto PIETRONI CR II. 21/06/58MF)	20STIANATO	a(prov)

- 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 CANTO	n. ore 34
OCULISTICA	$\mathcal{O}(\mathcal{O})$	A STALL FOR DOMEST AND ASSESSMENT
		*

- 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
16) di avere/non avere (1) riportato condanne penali;
17) di a vere /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 /12/20 irma per esteso Descripción

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto MARG P 175 Ry (prov.Co.) il. 14-07-1962 NF_	, nato	a CANTU	•••
ai sensi e agli effecti dell'art, 46 e 47, D.P.R. 28 responsabilità amministrative e penali conseguenti a uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato schedario	dichiarazioni	non veritiere, formazione	0
DICHIARA			
DICHIARA			
1) di non fruire del trattamento per invalidità perma competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del sociale;	anente da pa Ministro del	urte del fondo di previden I lavoro e della previder	iza
di non fruire di trattamento di quiescenza, come pr	revisto dalla i	normativa vigente;	
3) di essere / non essere (1) titolare di incarico ambulatoriale, vetermario o professionista sanitari settimanali;			
4) di svolgere la seguente attività professionale nella a tempo indeterminato:	branca speci	ialistica o area profession	ale
Branca specialistica o			
Area professionale presso(2)	n. ore	dal	
V. a Nepolesna	10	1990	

- 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. 120/33 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 escreitare /non escreitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di la voro 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 esserc/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario e professionista (biologo, chimico, psicologo);
- 12) di assere/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 tatela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo andicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività
- 14) di svolgare/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 af ermativo 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.L.g.s 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;



precedenti, indicare la sipologia di sanziore, data e durata);
19) dessete/non essere (1) soggetto a provvedimento di dell'Ordine professionale dei	natura disciplinare da parte
n caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimenso di sospensione da l'Albo]:	ento, la data e la durata (in
and an adaptive state of the st	3
20) Marting ron avera (1) riportato concanne penali;	
21) di avene/r.on ave : [1] procedimenti penali pendenti;	
22) di percepipa/non percepire (1) l'inder nità di rischio o n base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermati svolta	vo indicare il tipo di attività
dell'indennità percepità	e ia illisura);
ll sottoscritto dich ara altresì, di essere informato, ai 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i da anche con strumenti i formatici, esclusivamente nell'amb	sensi e per gli effetti del Reg ti personali raccolti saranno tra
Data 6/11/19 Firma per esteso	iutenticazione ove sia apposta ir
La sottoscrizione de tale dichiarazione non è soggetta ad a presenza del lunzionario competente a ricevere la docum unitamente a copia fotostatica di un documento di identit validità (art. 18 del C.F.R. 445/2000).	
La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad a presenza del lunzionario competente a ricevere la docum unitamente a copia fotostatica di un documento di identiti validità (art. 18 del C.F.R. 445/2000). Firma apposta alla presenza di	
La sottoscrizione de tale dichiarazione non è soggetta ad a presenza del lunzionario competente a ricevere la docum unitamente a copia fotostatica di un documento di identit validità (art. 18 del C.F.R. 445/2000).	
La sottoscrizione circale dichiarazione non è soggetta ad a presenza del lunzionario competente a ricevere la docum unitamente a copia fotostatica di un documento di identitivalidità (art. 18 del C.F.R. 445/2000). Firma apposta alla presenza di	à del sottoscrittore in corso di
La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad a presenza del lunzionario competente a ricevere la docum initamente a copia fotostatica di un documento di identitivalidità (art. 118 del C.F.R. 445/2000). Firma apposta alla presenza di	à del sottoscrittore in corso di

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. (SANFRANG PRADA) (prov. D.) il 31 101 161 M&F_	nato	a <u>COPO</u>
ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28 responsabilità amministrative e penali conseguenti a uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato schedario	dichiarazioni	non veritiere, formazione c
DICHIARA		
1) di non fruire del trattamento per invalidità perma competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del sociale;	the transfer of the second sec	그리 아내는 그리 아내는 이 그 일이 하루 하고 있습니다. 그 속을 위한 하나는 그 일반이다.
2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come pro 3) divessere / non essere (1) titolare di incarico ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario settimanali;	o a tempo i	ndeterminato di specialist
4) di svolgere la seguente attività professionale nella a tempo indeterminato:	branca speci	alistica o area professionale
Branca specialistica o Area professionale presso(2)	n. ore	dal
DEDUZDIATRIA POLIARE PONTE IMPRO	10	1388

- 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;

(5) di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie,	
tabilimenti 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	
ittività	

- 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;

dall'A	avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto ccordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni denti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata
);
	essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte rdine professionale dei Roma di di de
In cas	o affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in li sospensione dall'Albo):
	avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) dimenti penali pendenti;
	percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categori le ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività e la misura
	ndennità percepita
NOTE	(3)
D.Lgs	coscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del . 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con ienti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
	15/5/17 Firma per esteso Seef DW
prese	ttoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in nza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata mente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di
validi	tà (art. 38 del D.P.R. 445/2000). a apposta alla presenza di
con ic	dentificazione del dichiarante mediantezionario

ASST Lariana Direzione Ammnistrati Attività Cliniche del Terri	va
	torio
2 4 MAG 2016	
Ricevuto il	
Reg. N.	_

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

All'A.S.S.T. Lariana

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

11 SOPPOSSETTO 10 MMAJA PROVE	WIANO mater LECCE
11 sottoscritto OMMAJA PROVE (prov.LE) il 16 10511970 M_FX	, nato a

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

DICHIARA

1) di essere cittadino italiano;
1a) di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare)
2) di possedere il diploma di laurea (DL)
2a) diploma di laurea con voto . /110 ☐ senza lode ☐ con lode, conseguito presso l'Università di. ᠘A JAPIE/J2A in data
2b) laurea specialistica/magistrale con voto/100 ☐ senza lode ☐ con lode conseguita presso l'Università diin data/;
3) di essere abilitato all'esercizio della professione di PJICOLOCO (medico chirurgo – odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione. Love IIBEE presso l'Università di LA JA (IEF) A ;
4) di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli. 1310000 (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di CALLO dal 13/12 (1383);

4b) PSICOTERAPIA presso l'Università di NACP FIRENTE con voto	conseguita	il, za lode 🗌 con lode;
4c)presso l'Università dicon voto	conseguita	il/za lode □ con lode;
4d)presso l'Università dicon voto	conseguit	a il/ za lode 🗌 con lode;
4e)presso l'Università dicon voto	conseguit	a il/ za lode □ con lode;
5) di non fruire del trattamento per invalidità permanent competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Minis sociale;	e da parte del f stro del lavoro	ondo di previdenza e della previdenza
6) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previst	o dalla normativ	va vigente;
7) di non essere titolare di incarico a tempo indeterm veterinario o professionista sanitario con massimale orari	ninato di specia o pari a 38 ore s	lista ambulatoriale, settimanali;
8) di avere svolto e di svolgere la seguente attività profesarea professionale, come sostituto, incaricato prodeterminato/indeterminato (*) (indicare il servizio svolto f	vvisorio o in	ranca specialistica o caricato a tempo
Branca specialistica o Area professionale presso(2) n. ore dal	al t	ipologia(*)
PSICOLOGIA (CTAJOS 24 2006	100 đ	DETERMINATO
PSICOLOLIA PET ASSO KAPTU 30 2008	2011	PDETERMINATO
PJ1(-LOUIA NUOVO 2)A (1011)	72771000	1. DETERMINATE

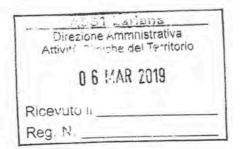
- 10) di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- 11) di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

	12) di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
	13) di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
	14) di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
P	15) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
	16) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
	17) di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività);
	18) di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
	19) di operace/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di
	attività);
	20) di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
	21) di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
	22) di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata
	23) di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale deidi
	In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):

24) di avere/non avere (1) riportato condanne penali e procedimenti penali pendenti;	di avere/non avere (1)
25) di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio in base ad altro rapporto convenzionale (in caso afferma svolta	ativo indicare il tipo di attività
dell'indennità percepita).
NOTE (3)	
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai ser D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccol strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del pr	ti saranno trattati, anche con
Data 24/0,116 Firma per esteso Jommo	Parana
La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad presenza del funzionario competente a ricevere la documentamente a copia fotostatica di un documento di identivalidità (art. 38 del DPR 445/2000).	autenticazione ove sia apposta in mentazione ovvero sia presentata
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 Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e alt (3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quel 	re professionalità

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

alle modificazioni intervenute nello stato professionale.



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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto	rie Romelle 14172 M_F_	na	to a <u>Co</u>	uio
responsabilità ammir	ti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28 histrative e penali conseguenti a hiamate dall'art. 76 del citato	dichiarazio	oni non veriti	iere, formazione o
	DICHIARA			
	rattamento per invalidità perm I decreto 15 ottobre 1976 del			
2) di non fruire di tra	ttamento di quiescenza, come p	revisto dall	a normativa	vigente;
3) di essere / non ambulatoriale, veter settimanali;	essere (1) titolare di incario inario o professionista sanitar	co a tempo io con ma	indetermin Issimale ora	ato di specialista rio pari a 38 ore
4) di svolgere la segu a tempo indetermina	ente attività professionale nella to:	ı branca spe	ecialistica o a	area professionale,
Branca specialistica o Area professionale		n. ore	dal	
Mowait	OLGIATE/NAP/			; *
	-0.1610			77.0
		31	dal	7/1/19

5) di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale; 6) di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni; 7) di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale; 8) di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale; 9) di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale; 10) di svolgere/non svolgere (1) attività 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;

19) di essere non essere (1) soggetto a provvedimento di natura dell'Ordine professionale dei	a data e la durata (in ; /non avere (1) nnità specifica di categoria icare il tipo di attività e la misura);
caso di sospensione dall'Albo):	/non avere (1) nnità specifica di categoria icare il tipo di attività e la misura);
procedimenti penali pendenti; 21) di percepire (non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indenin base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indesvolta	nnità specifica di categoria icare il tipo di attività e la misura);
procedimenti penali pendenti; 21) di percepire (non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indenin base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indesvolta	nnità specifica di categoria icare il tipo di attività e la misura);
in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indi svoltadell'indennità percepita NOTE (3)	icare il tipo di attività e la misura);
dell'indennità percepitaNOTE (3)	
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per	
D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti sarani	no trattati, anche con
strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente p	procedimento.
Data 27/2/19 Firma per esteso	bull
La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenti	 cazione ove sia annosta in
presenza del funzionario competente a ricevere la documentazio	
unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del se validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).	ottoscrittore in corso di
Firma apposta alla presenza di	
con identificazione del dichiarante mediante	
Il funzionario	
(1) cancellare la parte che non interessa	

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

40			
responsabilità am	ffetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 2 ministrative e penali conseguenti richiamate dall'art. 76 del citato	a dichiarazion	i non veritiere, formazione d
	DICHIARA	\	
 di non fruire d competente di cu sociale; 	el trattamento per invalidità perm ii al decreto 15 ottobre 1976 de	nanente da pa el Ministro de	arte del fondo di previdenza el lavoro e della previdenza
2) di non fruire di	trattamento di quiescenza, come p	previsto dalla	normativa vigente;
3) di essere / n	trattamento di quiescenza, come pon essere (1) titolare di incari terinario o professionista sanita	co a tempo i	indeterminato di specialist
3) di essere / nambulatoriale, ve settimanali;	on essere (1) titolare di incari terinario o professionista sanita eguente attività professionale nell	co a tempo : rio con mas:	indeterminato di specialist simale orario pari a 38 or
3) di essere / nambulatoriale, ve settimanali; 4) di svolgere la se a tempo indeterm Branca specialisti	on essere (1) titolare di incari terinario o professionista sanita eguente attività professionale nell inato:	co a tempo i rio con mass a branca spec	indeterminato di specialist simale orario pari a 38 or ialistica o area professionale
3) di essere / mambulatoriale, ve settimanali; 4) di svolgere la se a tempo indeterm Branca specialistic Area professionale	on essere (1) titolare di incari terinario o professionista sanita eguente attività professionale nell inato: ca o e presso(2)	co a tempo i rio con mass a branca spec n. ore	indeterminato di specialist simale orario pari a 38 or
3) di essere / mambulatoriale, ve settimanali; 4) di svolgere la se a tempo indeterm Branca specialistic Area professionale	on essere (1) titolare di incari terinario o professionista sanita eguente attività professionale nell inato:	co a tempo i rio con mass a branca spec n. ore	indeterminato di specialist simale orario pari a 38 or ialistica o area professionale
3) di essere / mambulatoriale, ve settimanali; 4) di svolgere la se a tempo indeterm Branca specialistic Area professionale	on essere (1) titolare di incari terinario o professionista sanita: eguente attività professionale nell inato: ca o e presso(2) COMO WA NAPOLECNA	n. ore	indeterminato di specialist simale orario pari a 38 or ialistica o area professionale

- 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;

5) di operare/ non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie,	
tabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento	
on il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di	
ittività)

- 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;

recedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata);
9) di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare dell'Ordine professionale dei	
n caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la dur aso di sospensione dall'Albo): AUGRTIMENTO 2012	rata (in
	;
20) di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1 procedimenti penali pendenti;)
21) di percepir e/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specific n base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo d svoltae la m	a di categoria i attività nisura
dell'indennità percepita);
NOTE (3)	
	l'art. 13 del che con
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento	l'art. 13 del che con
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento	l'art, 13 del che con
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento Data 28-9-98 Firma per esteso	l'art, 13 del che con o. ia apposta in
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dello D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento Data 28-9-916 Firma per esteso	l'art, 13 del che con o. ia apposta in a presentata
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dello D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento Data	l'art, 13 del che con o. ia apposta in a presentata
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dello. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento. Data 28-9-916 Firma per esteso	l'art, 13 del che con o. ia apposta in a presentata
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dello. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento. Data	l'art, 13 del che con o. ia apposta in a presentata
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dello. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento. La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove s presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero si unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000). Firma apposta alla presenza di	l'art, 13 del che con o. ia apposta in a presentata
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dello. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento. Data	l'art, 13 del che con o. ia apposta in a presentata
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dello D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento Data Sensizione di tale dichiarazione non e soggetta ad autenticazione ove s presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero si unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000). Firma apposta alla presenza di	l'art, 13 del che con o. ia apposta in a presentata
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dello D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento Data 28 -	l'art, 13 del che con o. ia apposta in a presentata in corso di
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dello D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento Data. Esta collectiva del considera del firma per esteso	l'art, 13 del che con o. ia apposta in a presentata in corso di
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dello D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, an strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento Data 28 -	l'art. 13 del che con o. ia apposta in a presentata in corso di

REGISTRO UFFICIALE 0074632 19 12 2022 - INGRESSO

Classifiche: R1

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

ACTOCENT	
Il sottoscritto RIGGI NICOLA FAS	io ,nato a SCACIA (prov.A.G.)
il 24 11 1924 MXF_CodiceFisc	ale.

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilita 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):

(ACIV 51.5.2020)			
Branca specialistica o Area professionale OCONTO IATRIA	presso ASST VALUE OL ASST LARIANA	n. ore	1-1111111111
The state of the s	t c	2,5	12/12/2022
ODONTO LATALIA	ASST LARIAGE	 31	

- 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 syølgere / 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);

- la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo 7) di esereitare / non esercitare (1) 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 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 di 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

14) di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accerdo sententiale. 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
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 cor strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti de strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti de Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito. Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito.

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).

dell'ASST Lariana, del quale ha preso visone ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e

(1) cancellare la parte che non interessa

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

REGISTRO UFFICIALE 0005060 25 01/2023 - INGRESSO Classifiche: R1

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

1	AUTOCERTIFICAZIONE IN	
	II sottoscritto RIPER OSCAR ,nato	a REGGG (HLADOMA (prov. R.C.)
-	13 or 1.9.86 MxF_CodiceFiscale	

- 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):

(ACIV STISILETE)			
Branca specialistica o Area professionale	presso AST UMANA	n. ore	25/01/23

- 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
- 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 di professionale dei_ 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 visone ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

- ai sensi ed agli effetti dell'art. 47, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31x3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimente alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

DICHIARA

 di svolgere attualmente attività come medico specialista nella branca specialistica di Allergologia (ACN 31.3.2020) a tempo indeterminato presso:

ASST Lariana
Mariano Comense 6.5 ore
Olgiate Comasco 8 ore
Cantù 5.5 ore
Poliambulatorio di Via Napoleona 25 ore

- non essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- di non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- 4. di non esercitare attività, ovvero secore titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurine conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

- 5. di non svolgere attività di medico di medicina generale e di pediatra di libera scelta
- di non essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale;
- 7. di non esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi;
- 8. di non svolgere funzioni.fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- 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 operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;
- 11. di non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- di non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
- 13. di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che friuscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP)
- di non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
- di non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei Medici Chirurghi di Monza e Brianza;
- 16. di non avere riportato condanne penali

1

17.di noh avere procedimenti penali pendenti;

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

Data 14.10.2020

Firma

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).

ASST Lariana

Direzione Ammnistrativa Attività Cliniche del Territorio

2 5 MAG 2017

Ricevuto il ______

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
11 sottoscritto ANNALISA RONCORONI nato a COMO (provCO) il 21-09-1953, M(F)
ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario
DICHIARA
1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
3) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:
Branca specialistica o Area professionale presso(2) DERMATOLOGIA ADDI-POLICIO (EX OSA) 19 NOVEMBRE 2000

1

- 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;

precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata);
19) d i essere/ non essere (1) soggetto a provvedimento di natura d dell'Ordine professionale dei	lisciplinare da parte
n caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la daso di sospensione dall'Albo):	lata e la durata (in
20) di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/no procedimenti penali pendenti;	on avere (1)
21) di percepire/ non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indenn in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indica svolta	are il tipo di attività
dell'indennità percepita	
vomp (a)	
NOTE (3)	
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pro	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pro Data 18-05-14 Firma per esteso	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pro Data 18-05-14 Firma per esteso Laude Rell'a La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autentica	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pro Data 13-05-14 Firma per esteso La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autentica presenza del funzionario competente a ricevere la documentazion	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pro Data 18-05-14 Firma per esteso Laude Rellecta La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autentica presenza del funzionario competente a ricevere la documentazion unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sot	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pro Data 18-05-17 Firma per esteso La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autentica presenza del funzionario competente a ricevere la documentazion unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sot validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pro Data: 8-05-17 Firma per esteso La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autentica presenza del funzionario competente a ricevere la documentazion unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sot validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000). Firma apposta alla presenza di	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pro Data 18-95-17 Firma per esteso La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autentica presenza del funzionario competente a ricevere la documentazion unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sot validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000). Firma apposta alla presenza di	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pre Data 18-05-17 Firma per esteso	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pro Data 18-05-17 Firma per esteso La contenta di tale dichiarazione non è soggetta ad autentica presenza del funzionario competente a ricevere la documentazion unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sot validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000). Firma apposta alla presenza di con identificazione del dichiarante mediante Il funzionario	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pre Data 18-05-17 Firma per esteso Selle la Recommenda del presente pre La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autentica presenza del funzionario competente a ricevere la documentazion unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sot 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	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento. zione ove sia apposta in e ovvero sia presentata toscrittore in corso di
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gl D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente pro Data 18-05-17 Firma per esteso	i effetti dell'art. 13 del trattati, anche con ocedimento. zione ove sia apposta in e ovvero sia presentata toscrittore in corso di

REGISTRO UFFICIALE 0041353 07/07/2021 - INGRESSO Classifiche: R1

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

II	sottoscritto. Alberto Schiera ,nato	a(prov. LC)
il	23/09/1966 <u>M_X</u> 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 Dermatologia	presso ASST LARIANA	n. ore 30,0

- 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 <u>essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine di di</u> professionale dei <u>di</u> 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)
all offerti del Peg. UE 2016/679 e del D.Las
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 5 luglio 2021. Firma per esteso

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

All'A.S.S.T. Lariana

ASST Lariana

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

REGISTRO UFFICIALE
0060619
20 10 2021 - INGRESSO
Classifiche: R1

I	sottoscrittoDebora	SOI	RAGNA	,nato	a. Milano	(prov !!!)
	07-07-1966					

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 30.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

DICHIARA

1) di avere svolto e di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato** (indicare il servizio svolto fino a tutt'oggi solo a tempo indeterminato):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal	al
Neurologia	ICP Milano	9	mar. 2009	ago. 2014
Neurologia	ASST Lariana	11	gen. 2009	ago. 2011
Neurologia	ASST Lariana	14	set. 2011	ago. 2014
Neurologia	ASST Lariana	28	set. 2014	14-06-2016
Neurologia	ASST Lariana	32	15-06-2016	14-07-2019
Neurologia	ASST Lariana	34	15-07-2019	10-10-2021
Neurologia	ASST Lariana	38	11-10-2021	oggi

- 2) di non essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;
- 3) di non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- 4) di non esercitare attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;
- 5) di non svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;
- 6) di non essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

- 7) di non esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;
- 8) di non svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- 9) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 10) di non operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;
- 11) di non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- 12) di non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
- 13) di fraire / 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 swelgere / non svolgere (1) attività libero professionale fatto salvo quanto previsto dall'art. 42 dell'ACN 31.3.2020 (libera professione intra-moenia).

NOTE (2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.	,
30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici	NOTE (2)
	30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici

Data 20-10-2021 Firma per esteso Soregue

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

ASST Lariana

REGISTRO UFFICIALE 0042801 14/07/2021 - INGRESSO Classifiche: R1

scelta;

o professionista (biologo, chimico, psicologo);

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

AUTOCERTIFIC	AZIONE	INFORM	ATIVA
--------------	--------	---------------	-------

Il	sottoscritto SOSTERO VALERO ,nato	a	MICAND	(prov H1
il .	13.08 65 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/ (CON 31.3.2020) :				
Branca specialistica o Area professionale presso	n. ore			
OBOUTOCATRIA ASSTUARL	ANA LOHA770 15,00			
2) di () / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;				
directors reconcabile di strutture convenzi	io, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore onate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive rt. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive			
4) di (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 synthem/ non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera

6) di consessere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario

7) di **Certifica** 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 **(Maria)** non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- 9) di **(MM)** 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 **(Della)** / 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 Osamba / 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 (394) / 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 (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);

Data 05.07. UFirma per esteso

esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

	Il sottoscrittoST (prov. V.9 ilL.6/)RNIOW GLAC LO/80 MXF_Codice	E Fiscale.	YLESSNA
	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 cuso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento delle 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 cosore / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ora settimanali; 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale a tempo indeterminato:			
DA	Branca specialistica o Area professionale BETOCHA	presso(2) ASST-USRUSHA		JULULP

- 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 cvolgere/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) diesercitere/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 se le l'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) dessere/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 vere/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) d i esser e/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale deidi
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):
20) d 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 svoltae la misurae la misurae
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 D. Firma per estesa 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 TOSA
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.

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

400

All'A.S.S.T. Lariana

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto TENTORIO NATASCIA , nato a COMO (prov. CC) il C3 OZ 1974 M (F)
ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario
DICHIARA
1) di essere cittadino italiano;
1a) di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare)
2) ☑ di possedere il diploma di laurea (DL) ☐ la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in .000 MO IATRIA E PROTESI DENTARIA (Medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):
2a) diploma di laurea con voto, senza lode □ con lode, conseguito presso l'Università di
2b) laurea specialistica/magistrale con voto/100 ☐ senza lode ☐ con lode conseguita presso l'Università di
3) di essere abilitato all'esercizio della professione di ODONTO ATRA (medico chirurgo – odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione NONEMBRE 2005 presso l'Università di MILANO
4) di essere iscritto all'Albo professionale dei/degliODONTO ATTU

4a) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:	
4b)	
4c) conseguita il/	
4d)conseguita il/	
4e)	
5) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;	
6) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;	
 di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali; 	
8) di avere svolto e di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato/indeterminato (*) (indicare il servizio svolto fino a tutt'oggi):	
(*) ATTIVITA' ODONTO ATTIVITA PRESO IL MIO STUTIO PRIVATO DAL 2006 AD CO Branca specialistica o Area professionale presso(2) n. ore dal 2007 al 2015 tipologia(*) ATTIVITA'	ATJOVE
(*) 12007 = 230,50 1011 = 446 2015 = 901,62 PRESSO	ENTE ASH o
2008 = 277 2012 = 331, So (ASST 6	(DUE LITE
2012	
1005 = 288 2013 = 737,92	
2010 = 349 7014 = 66300	
(*) INCHILICO A TEMPO DETERMINATO ZON SETTIMANALI H LANTU' INCHILICO A TEMPO DETERMINATO 2,5 H SETTIMANALI POLI LOMATICO 9) di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;	CESSA DAL 15.05.2011 PER PASSAUK TEMPO
	MDelesminik
11) di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;	

fa	di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di to che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro n il Servizio Sanitario Nazionale;
13) di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
14) di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
1! ar	d) di essere/pon essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista abulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
10 ar	d) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista abulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
pi ec vi af	di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro tonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o ivate non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole onomiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa gente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso fermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di
at	tività);
1a	3) di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso quale svolge attività convenzionale;
st	d) di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, abilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento in il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di tività);
n. 8	o) di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e tegrazioni;
0	l) di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche i integrazioni;
d	2) di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto all'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni recedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata
-	
2 d	3) di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte ell'Ordine professionale dei
	caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in aso di sospensione dall'Albo):
L	

24) di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
25) di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta
dell'indennità percepita
NOTE (3)
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
Data 03.05 2016 Firma per esteso lidia sevolui
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
II TURIZIONARIO
(1) cancellare la parte che non interessa (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità
(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

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

alle modificazioni intervenute nello stato professionale.

REGISTRO UFFICIALE 0050738 23/08/2022 - INGRESSO Classifiche: R1

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

AUTUCERCIA	AUTOCERTI	IFICAZIONE	INFORM	IATIVA
------------	-----------	------------	--------	---------------

		AUTUC	EKTIFICAZIONE		
Τl	sottoscritto MARIA	naggalena.	TERPIN ,nato	a GORIZIA	(prov. 4.0)
il.	08.09.1960	M_¥		~ 11111	

- Vai 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 GASTROENTE MONG	presso IA ASST LARLANA	n. ore	23 8 20 22
2421100001313111111111111111111111111111			

- 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 (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta:
- 6) di essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

- la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo 7) di esercitare / non esercitare (1) 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);

the previote dell'Accorde Collettive
14) di <u>ravere</u> /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
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 strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; d) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito Reg. Del

Data 23.08.2022. Firma per esteso Who holds

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

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).

dell'ASST Lariana, del quale ha preso visone ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e

(1) cancellare la parte che non interessa

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto(prov) il5	TERRANEO C -8-1976 N	LOTILDE 1_F <u>X</u>	, nato	aLECCO	-
ai sensi e agli effet responsabilità ammir uso di atti falsi, rich schedario	istrative e penali	conseguenti a	dichiarazioni	non veritiere, for	rmazione o
		DICHIARA			
1) di non fruire del t competente di cui a sociale;					
2) di non fruire di tra	ttamento di quies	scenza, come pr	evisto dalla 1	normativa vigent	e;
 di essere / non ambulatoriale, veter settimanali; 					
4) di svolgere la segu a tempo indetermina	and the last of the state of the last of t	essionale nella	branca speci	alistica o area pr	ofessionale,
Branca specialistica o					
Area professionale	presso(2)		n. ore	dal	
CARDIOLOGIA	COMENSE	MARIANO	A TEHPO	7/1/20	19
			INDETERHIN	/ATO	

- 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;
- di essere/nen 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;

);
19) di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di dell'Ordine professionale dei	di
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedim caso di sospensione dall'Albo):	ento, la data e la durata (in
20) di ærere/non avere (1) riportato condanne penali e di procedimenti penali pendenti;	avere/non avere (1)
21) di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermati svolta	ivo indicare il tipo di attività
dell'indennità percepita);
NOTE (3)	
NOTE (3)	
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sens D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti	i e per gli effetti dell'art. 13 del saranno trattati, anche con
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sens D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del pre	i e per gli effetti dell'art. 13 del saranno trattati, anche con sente procedimento.
	i e per gli effetti dell'art. 13 del saranno trattati, anche con sente procedimento.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sens D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del pre Data 14/1/2019 Firma per esteso	i e per gli effetti dell'art, 13 del saranno trattati, anche con sente procedimento. Manko utenticazione ove sia apposta i
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sens D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del pre Data 14/1/2019 Firma per esteso	i e per gli effetti dell'art. 13 del saranno trattati, anche con sente procedimento. Manto iutenticazione ove sia apposta i entazione ovvero sia presentat
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sens D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del pre Data. 14/1/2019 Firma per esteso	i e per gli effetti dell'art. 13 del saranno trattati, anche con sente procedimento. Manto iutenticazione ove sia apposta i entazione ovvero sia presentat
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sens D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del pre Data. 14/1/2019 Firma per esteso	i e per gli effetti dell'art. 13 del saranno trattati, anche con sente procedimento. Manto iutenticazione ove sia apposta i entazione ovvero sia presentat
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sens D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del pre Data 14/1/2019 Firma per esteso	i e per gli effetti dell'art. 13 del saranno trattati, anche con sente procedimento. Manto iutenticazione ove sia apposta i entazione ovvero sia presentat

ASST Lariana

ASST Lariana.REC

REGISTRO UFFICIALE 0055781 28 09 2021 - INGRESSO

Classifiche: R1

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

	sottoscrittoTURATI JAMUELAnato a. COMO(prev. CO	.)
II	sottoscrittoTOPATIJAQUELAnato aLV.IV	
	23/06/1980 M X	
**		

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o n. ore dal necessionale presso n. ore dal necessionale presso n. ore dal necessionale presso n. ore dal necessionale nella branca specialistica o area professionale nella branca

- 3) di casare / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il 5.5.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 escretture / 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 ecercitare / 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 cvolgere / 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 sperare / 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 escere / 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 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 altresi, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento. Data 28.09. 2021 Firma per esteso Talkela A

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

ASST Lariana Direzione Ammnistrativa Attività Cliniche del Territorio 1 1 MAG 2017 Ricevuto ii

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

	AUTOCERTIFICAZIONE	INFORMATIVA	
Il sottoscrittoVA.(prov.M.) il	CARI LAVRA 7-1959 MG	, nato a	MILAND
responsabilità ammi	tti dell'art. 46 e 47, D.P.R. nistrative e penali conseguent hiamate dall'art. 76 del cita	i a dichiarazioni	non veritiere, formazione o
	DICHIAI	RA	
 di non fruire del competente di cui a sociale; 	trattamento per invalidità pe al decreto 15 ottobre 1976 d	rmanente da pa del Ministro del	rte del fondo di previdenza lavoro e della previdenza
2) di non fruire di tra	attamento di quiescenza, com	e previsto dalla r	normativa vigente;
	essere (1) titolare di inca rinario o professionista sani		
4) di svolgere la seg a tempo indetermina	uente attività professionale ne ato:	ella branca speci	alistica o area professionale,
Branca specialistica	0		
Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
AUERGGIALIA	(POLIANS M LOMA 22	33	A 4 2010 Clata stoll a lhimo
			ampliamento
			orders)

- 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 svelgere/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 essenz/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 svelgere/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;

-	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
	dell'Ordine professionale deidi 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 35 Firma per esteso
	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
	(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 VA (prov.CO) il. 39	OS MACENTO	, nato	e corro
responsabilità ammir	ti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28 histrative e penali conseguenti a niamate dall'art. 76 del citato	dichiarazioni	non veritiere, formazione o
	DICHIARA		
	rattamento per invalidità perm I decreto 15 ottobre 1976 del		
2) di non fruire di tra	ttamento di quiescenza, come pi	revisto dalla i	normativa vigente;
 di esere / non ambulatoriale, veter settimanali; 	essere (1) titolare di incario inario o professionista sanitari	o a tempo i o con mass	ndeterminato di specialista simale orario pari a 38 ore
4) di svolgere la segu a tempo indetermina	iente attività professionale nella ito:	branca speci	alistica o area professionale,
Branca specialistica Area professionale		n. ore	dal
FISIATRIX	NO NAPOLEONA	10	01/09/1988

- 5) di 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 exere/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 asgleitare /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 symplere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- 10) di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
- 11) di essere/neressere (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 subjete/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- 15) di apperate/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 esere /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 descrito 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;

di aseze/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto l'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni ecedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata	
);	
di essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte l'Ordine professionale deidi	
caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in co di sospensione dall'Albo):	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
di di di non avere (1) riportato condanne penali;	
di asecc/non avere (1) procedimenti penali pendenti;	
di partification percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categor base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività oltae la misura	ria
ll'indennità percepita);	
sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Re 16/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno tr	eg. U
che con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.	
sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta i esenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentat nitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di didità (art. 38 del D.P.R. 445/2000). rma apposta alla presenza di	in :a
n identificazione del dichiarante mediantefunzionario	
) cancellare la parte che non interessa 2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo azionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità 3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste	

REGISTRO UFFICIALE 0034560 06/06/2022 - INGRESSO Classifiche: R1

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

AUTOCERTIFICAZION	E INFORMATIVA		
Il sottoscritto PAOLA VALLI ,no	ato a TILANO)	(prov)
II			
 ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12 amministrative e penali conseguenti a dichiaraz richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.ai fini dell'a consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, o professionista deve comunicare all'Azienda pre condizione professionale, con riferimento alle situ 	aggiornamento dello sche dell'ACN 31.3.2020 lo spe sso cui opera ogni mo	azione o uso dario; ecialista ambu difica relativa	latoriale o il alla propria
DICHIA	RA		
1) di svolgere attualmente la seguente attività professi (ACN 31.3.2020) a tempo indeterminato/determina	onale nella branca specia $\mathbf{\tilde{o}}(1)$:	alistica o area	professionale
Branca specialistica o Area professionale presso		n. ore	dal
Catoliologia OSA-St	et wo	16	6/6/2
			••••••
2) di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;	dipendente, pubblico o	privato, e di	altri rapporti,
3) di pesere / non essere (1) proprietario, compro direttore, responsabile di strutture convenzionate con modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D modificazioni e integrazioni;	II S S N AI SELISI UEI D.I	.17. 11. 120/00	C Jacobs c
4) di esercitare / non esercitare (1) e attività, ovvero s di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rappo	ia titolare o compartecipe orto di lavoro con il S.S.N	e di quote di ir .;	mprese, anche
di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rappo 5) di svolgere / non svolgere (1) attività di medico scelta;	di medicina generale e	di medico pec	liatra di libera
6) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo o professionista (biologo, chimico, psicologo);	determinato di specialis	ta ambulatoria	ale, veterinario

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) d i essere/ non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):;
16) d i aver e/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 construmenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti de Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sitt dell'ASST Lariana, del quale ha preso visone ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.
Data St. Firma per esteso Data St. Vel. 1918 A 2018

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

ASST Lariana

REGISTRO UFFICIALE 0031420 19/05/2022 - INGRESSO Classifiche: R1

scelta;

o professionista (biologo, chimico, psicologo);

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

AUTOCERTIFIC	AZIONE	INFORMATIVA		
Il sottoscritto JAMBURLINI 1911	D nate	awno		(prov.(1))
11 SOLLOS / 1961 (M) F			***************************************	
 ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.I amministrative e penali conseguenti a richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.ai consapevole che ai sensi dell'art. 27 con professionista deve comunicare all'Azie condizione professionale, con riferimento 	fini dell'ag mma 3, de	giornamento dello s ell'ACN 31.3.2020 lo so cui opera ogni	chedario; <u>specialista amb</u> modifica relativ	ulatoriale o il a alla propria
	DICHIAR	RA		
1) di svolgere attualmente la seguente attività (ACN 31.3.2020) a tempo indeterminato/de	CELHHHATT	nale nella branca sp $\mathbf{p}(1)$:	ecialistica o area	a professionale
Branca specialistica o Area professionale presso	ON		n. ore	dal
ODOMOJATALA MENAGRIO O	SPEDALE	ERPAJREMADI	\$	02/05/22
2) di essere / non essere (1) titolare di altro anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;	rapporto	dipendente, pubblic	o o privato, e o	di altri rapporti,
 di essere / non essere (1) proprietario, direttore, responsabile di strutture convenzion modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. modificazioni e integrazioni; 	8 del D.	Lgs. 30 dicembre	1992, n. 502/9	22 e successive
4) di esercitare / non esercitare (1) e attività, di fatto, che configurino conflitto di interessi co	ovvero sia on il rappoi	titolare o comparte to di lavoro con il S	ecipe di quote di .S.N.;	imprese, anche
5) di svolgere / non svolgere (1) attività d	i medico d	i medicina general	e e di medico p	ediatra di libera

6) di-essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario

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 _di_ professionale dei 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 visone ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 18/05/22. Firma per esteso ANUN Data Mar Alla dichiarazione non è soggetta ad autenticazione

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.

REGISTRO UFFICIALE 0008209 08 02 2021 - INGRESSO Classifiche R1

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMAT	TI	T	1	ľ	Ĺ	۱	١	١	١	٥	l	1	ĺ.	l	١	1	V	١	l	I	1		Ì	Ì		ŀ		1	۱	١			(ï	ì		F	ł	I	1		I	I		I	Ì	١	١	١	ı	ĺ	Ì	1	1				I	I	I	I	١	١	1									•	ì	ì	4	F	ĺ		1	1			I	I	I	į	١	١	١	١	ĺ	ľ	Ì	1		۱	Ì	Ì)	١	7	ľ	(ı	ı	۱		1		1				١	١	1	ļ				•			r	(ĺ			I	I	Ì	1	-	i	;		ľ	1		ĺ	I	1
-----------------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	--	---	--	---	---	---	--	--	---	--	--	---	---	--	---	---	---	---	--	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	--	---	---	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	--	---	--	---	--	--	--	---	---	---	---	--	--	--	---	--	--	---	---	---	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	--	---	---	---

Il sottoscritto, Ara	CA ZARRIA	nato aROM	.A.			(prov. RM)
11 02 0 1979 M	_F×	9 (50)	E	2 35	9 * 8	· 첫

- 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
Psiedosia	ASST LARIAMA C.C. IL BASSONC (CO)	7,20
		ammangam

- 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) d i ess ere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei
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

Data 94. 02. 1021. Firma per esteso

esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

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).

30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici,

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

0014001 03 03 2022 - INGRESSO Classifiche: RI

All'A.S.S.T. Lariana

Como

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il	sottoscritto. CARMELA ZINCARELLI ,nato	a	aNAPOLI (prov)
il.	021-41-0		

 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 GERIATRIA GERIATRIA	presso AMB VIA NAPOLEONA AMB LOMAZZO	(como)	n. ore 12	dal 16101/2022 16101/22
GERIATRIA	AMB OLGIATE O	OMA SEO	5	16/01/22

- 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) e attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rappo to 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_ 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 visone 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.

(1) cancellare la parte che non interessa