



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da  
**TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA**

Il/La sottoscritto/a **DE MARCHI FABRIZIO** nato/a a ~~.....~~ il ~~.....~~

e residente in ~~.....~~ Via ~~.....~~

Codice Fiscale ~~.....~~

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di  libero-professione  collaborazione

consapevole della responsabilità penale in cui potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20.12.2000, n.445), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria, pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia

in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:

.....  
.....

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione

in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:

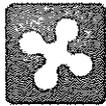
.....  
.....

di non svolgere alcun'altro attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia

di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:

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

In fede



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da

TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA

Il/La sottoscritto/a Ferzi Alberto nato/a a [redacted] il [redacted]  
residente in Via [redacted]  
codice Fiscale [redacted]

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di  libera-professione  collaborazione

consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20.12.2000, n.445), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria, pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia  
 in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione  
 in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:

di non svolgere alcun altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia

di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:  
ASST RHODENSE

Luogo e data 25/06/2020

In fede [Signature]



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da  
**TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA**

Il/La sottoscritto SILVANO AGOSTI, nato a MODENA il ~~18/01/1978~~

e residente in ~~MI~~, Via ~~...~~

Codice Fiscale ~~...~~

Professione MEDICO, SPECIALISTA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA

In qualità di AUSILIARIO CONSULENTE TECNICO DI PARTE CONVENUTA alla data del 20.10.2020

per l'incarico di Tribunale di PAVIA, sezione TERZA, giudice unico Dott. ~~...~~  
causa civile di I Grado iscritta al N. 6583/2019 R.G.

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di  libera-professione  collaborazione

consapevole della responsabilità penale in cui potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20.12.2000, n.445), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria, pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia
- in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:
- di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione
- in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:
- di non svolgere alcun'altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia
- di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:

In fede

Dott. Silvano Agosti



**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE**

Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a BRAITO WALTER nato/a a [redacted] il [redacted]  
e residente in [redacted] Via [redacted] N. [redacted]  
Codice Fiscale [redacted]  
Professione Medico chirurgo  
In qualità di Medico chirurgo alla data del 13-11-2020  
per l'incarico di consulente ortopedico

- richiamati il D.P.R. n.62/2013 (Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici) ed il vigente Codice di Comportamento aziendale;

- consapevole delle responsabilità civile, amministrative e penali relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i;

- consapevole di agire esclusivamente allo scopo di ottenere il massimo vantaggio per l'ASST di Pavia nel perseguimento dei propri fini istituzionali;

**DICHIARA**

di non trovarsi in una situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, rispetto all'incarico di consulenza nel giudizio relativo a [redacted]

che non sussistono rapporti economici e/o di incarico professionale rilevanti con la controparte

In fede

Walter Brait

(DA FIRMARE DIGITALMENTE)

Luogo e data 13-11-2020



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da  
TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA

Il/la sottoscritto/a BRUNO GIOVANNI nato/a [redacted] il [redacted]

residente in Via [redacted] n. [redacted]

codice Fiscale [redacted]

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di  libera-professione  collaborazione

consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20.12.2000, n.445), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria, pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia

in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:  
.....  
.....

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione

in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:  
.....  
.....

di non svolgere alcun'altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia

di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:

Consulente Medico-legale per [redacted]  
[redacted]

In fede

[Signature]

Luogo e data Rende li 16/11/2020

[Signature]  
Dr. Giovanni Bruno  
Specialista Medicina Legale  
Via Verdi, 2 - 87036 RENDE (CS)  
P. I. 09280470585

Dr. Giovanni Bruno  
Specialista Medicina Legale  
Via Verdi, 2 - 87036 RENDE (CS)  
P. I. 09280470585



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da  
**TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA**

Il/La sottoscritto/a ~~CRISTINA Massimo~~ nato/a a ~~SI...~~ il ~~15...~~

residente in Via ~~...~~ n. ~~...~~ in B. ~~...~~

codice Fiscale ~~...~~

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di  libera-professione  collaborazione

consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20.12.2000, n.445), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria, pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia

in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:  
.....  
.....

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione

in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:  
.....  
.....

di non svolgere alcun altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia

di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:  
.....  
.....  
.....

In fede  
Dott. CRISTINA

Luogo e data Busto Arsizio, li 27/11/2020



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da
TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA

Il/La sottoscritto PIERO MASSI BENEDETTI nato a [redacted] il [redacted]

residente in Via [redacted]

codice fiscale [redacted]

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di [ ] X libera-professione [ ] collaborazione

consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20.12.2000, n.445), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

[X] di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria, pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia

[ ] in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:

[redacted]

[ ] di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione

[X] in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:

incarico libero professionale come consulente gestione sinistri ASST Vimercate
incarico libero professionale come consulente gestione sinistri ASST PINI Milano

[X] di non svolgere alcun'altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia

[ ] di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:

[redacted]

In fede

Piero Massi Benedetti

Luogo e data PAVIA 01.12.2020



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da
TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA

Il/La sottoscritto/a GAZZOLI FABRIZIO nato/a a ... il ...
residente in Via ... n. ... in Str. ...
codice Fiscale ...

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di [ ] libera-professione [X] collaborazione

consapevole della responsabilità penale in cui potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20.12.2000, n.445), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- [ ] di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria, pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia
[X] in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato: FONDAZIONE IRCCS POLICLINICA SAN MATTEO PAVIA
[X] di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione
[ ] in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:
[X] di non svolgere alcun altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia
[ ] di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:

In fede

Fabrizio Gazzoli

Luogo e data PAVIA 8/3/21



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da  
**TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA**

Il/La sottoscritto/a...RAFFAELLA STUCCHI..... nato/a a ...~~MILANO~~.....il ...~~1966~~...

residente in ~~.....~~ n. ~~.....~~ in ~~.....~~

codice Fiscale.....~~S. 02613080189~~.....

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20.12.2000, n.445), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria, pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia

in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:  
.....  
.....

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione

in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:  
.....  
.....

di non svolgere alcun altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia

di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:  
.....  
.....  
.....

In fede



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Reso ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da

**TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA**

Il/La sottoscritto/a...RAFFAELE CASTIGLIONI nato/a a ~~MIANO~~ ~~1970/11/47~~  
residente in Via ~~.....~~ n. ~~.....~~ in ~~.....~~ in ~~.....~~

codice Fiscale ~~.....~~

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di  libera-professione  collaborazione

consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20.12.2000, n.445), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria, pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia

in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:  
.....  
.....

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione

in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:  
.....  
.....

di non svolgere alcun altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia

di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:

.....ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE DI CTU E CTP .....  
.....  
.....

In fede





**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. da  
**TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO PRESSO ASST DI PAVIA**

Il/La sottoscritto/a FASSINA GIOVANNI nato/a a ~~PAVIA~~

residente in ~~PAVIA~~ NICA n. ~~1011~~

codice Fiscale ~~FS~~

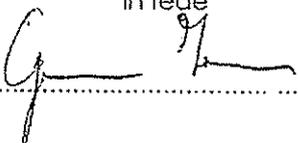
titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 20,12.2000, n.445), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo indeterminato, di altra struttura sanitaria, pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la quale, per sua natura, è posta in virtuale conflitto di interesse con ASST di Pavia
- in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:  
.....  
.....
- di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione
- in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione: RESPONSABILE SICUREZZA E PRIMARIO SERVIZIO MEDICINA LEGALE FONDAZIONE MONDINO PAVIA
- di non svolgere alcun'altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia
- di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia: PRESIDENTE COMMISSIONE INVALIDI CIVILI ASST

In fede

  
.....

Luogo e data FERRERA ERBOGNONE li, 15/11/2021



DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE

Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a B. AITO WALTER nato/a a TRENTO il [redacted]  
 e residente in [redacted] via le [redacted]  
 Codice Fiscale [redacted]  
 Professione medico chirurgo  
 In qualità di medico chirurgo alla data del 19.11.2021  
 per l'incarico di consulente ospedaliero

- richiamati il D.P.R. n.62/2013 (Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici) ed il vigente Codice di Comportamento aziendale;
- consapevole delle responsabilità civile, amministrative e penali relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i;
- consapevole di agire esclusivamente allo scopo di ottenere il massimo vantaggio per l'ASST di Pavia nel perseguimento dei propri fini istituzionali;

DICHIARA

- di non trovarsi in una situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, rispetto all'incarico di consulenza nel giudizio relativo a [redacted]  
[redacted]
- che non sussistono rapporti economici e/o di incarico professionale rilevanti con la controparte

In fede  
Walter Baito

(DA FIRMARE DIGITALMENTE)

Luogo e data 19.11.2021