



**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 SARA CORALLO nato/a a MILANO il 27/07/1984  
residente in Via COSTANTINO D'INDRI n. 2 in LECCE (LE)  
codice Fiscale CRLSRA84L67F205V

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:

PSICOLOGA PRESSO CENTRO PER L'IMPIEGO DI  
LECCO (CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE AGENZIA PER  
IL LAVORO UMANA S.P.A.)

In fede

Sara Corallo

Luogo e data NOGHERA 30/9/2019



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 GIOVANNI LORENZO RUMI nato/a a PAVIA il 2/9/1992  
residente in Via FOPPA n. 8 in PAVIA  
codice Fiscale RMUGNN92D02G388U

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

Luogo e data Voghera, 27/1/2014



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 ANASTASI STEFANIA ANTONIA nato/a a PAVIA 12/01/1976
residente in Via L. EINAUDI n. 28 in CORA CARDIGNANO (PV)
codice Fiscale ANSTSFN76D529388U

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:

[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

[Handwritten signature]

Luogo e data 26/09/2019



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/ter sottoscritto/a..... ROBERTO PIEZALE ..... nato/a a..... VOGHERA (PV) il 9/9/1988

residente in Via..... LURIA ..... n. 8 ..... in..... VOGHERA (PV)

codice Fiscale..... PEZERT88 P09M109X

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:

- STUDIO PRIVATO - PSICOTERAPIA (C.SO CAVALLO 5 - 27100 PAVIA)
- S.C. SERIANA 2000 - STUDIO CLINICO (LIBERO PROF.)

In fede

*Roberto Piezale*

Luogo e data ..VOGHERA, 9/8/2013



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 ARIANNA MAGGIO nato/a a MUSSOMELI il 14-05-1987  
residente in Via S. PIETRO IN VERTOLO n. 55 in PAVIA (PV)  
codice Fiscale MGGRNN37E54F830K

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

Luogo e data Voghera, 06-08-2019



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 PANCIROLI MARCO nato/a a MILANO il 21/02/1989
residente in Via Cavour n. 711 in BOZZA VISCONTI
codice Fiscale PNCMRC89B21E205S

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

[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:

[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

Handwritten signature of Marco Panciroli

Luogo e data BOZZA 06/08/2019





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 DI MARIO MARCO nato/a a ROMA il 06/05/1948
residente in Via ALBANO n. 16 in PAVIA
codice Fiscale DMR MRC 48 E 06 H 50 L G

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:

ATTIVITÀ IN LIBERA PROFESSIONE
PRESSO "LODI SALUTE" - 1 giorno alla
SETTIMANA

In fede [Signature]

Luogo e data PAVIA 01/08/19



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 Broggia Giacomo nato/a a Milano il 17/1/1945  
residente in Via V.lli Marzo n. 8 in S. Martino Sicce  
codice Fiscale BRGGCS45A17F205N

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: Medico di categoria  
nelle Commissioni per l'Invalidità Civile  
c/o ASST di Vigevano

Luogo e data Vigevano  
8/7/19

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... il 30-01-1964

residente in Via... V. S. REPUBBLICA... n. 131... in FERREDA ERBOGNONE (PV)

codice Fiscale... FSS.GMM.64.A.30.G.3889

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

[ ] 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: DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO C/O UNIVERSITA DI PAVIA

[ ] 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: SINDACO C/O COMUNE DI FERREDA ERBOGNONE (PV)

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

[X] di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia: ATTIVITA MEDICO-LEGALE LIBERALE PROFESSIONALE C/O ISTITUTO MEDICINA LEGALE, C/O WORK MEDICAL CENTER ALBERANO

In fede

[Signature]

Luogo e data FERREDA ERBOGNONE 4-07-19



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

La sottoscritta GHIESA ANTONELLA nata/a a PAVIA il 27-01-1960  
 residente in Via CLAPESONI n. 11 in PAVIA  
 codice Fiscale 045NNL60A67G388R  
 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

*Antonella Ghiesà*

Luogo e data Pavia 04/07/2019

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189

sito internet: www.asst-pavia.it

CARICHI

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 GIOVANNA REALE nato/a a SALERNO il 17.06.66

residente in via STRADA FORNASONE n. 10 in VOGHERA PV

codice Fiscale RLEFWNG6457H703C

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

[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:

[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:

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

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

MMG c/o ATS PAVIA

In fede

[Handwritten signature]

Luogo e data

03.07.2019



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..... AUCÉ DETTI ..... nato/a a ..... PAVIA ..... il 03.01.1988

residente in Via ..... PZA E. FILIBERTO ..... n. 3 ..... in ..... PAVIA

codice Fiscale..... DITLCA SPA L3G3JPF

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:  
.....  
LIBERA PROFESSIONE  
.....  
.....

In fede

*Aucé Detti*

Luogo e data ..... PAVIA ..... 03.01.2019



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 PAOLA MARCONI nato/a a PAVIA il 08/10/1980

residente in Via LEONARDO DA VINCI n. 14 in TRAVICO' SICCONESE

codice Fiscale NON PLABORUG388I

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 interessè con ASST di Pavia

in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la struttura presso la quale detto rapporto è esercitato:  
ASSUNTA DAL CA COD FEDATIVA P.A. I PONTE VECCHIO A TEMPO  
INDETERMINATO COME EDUCATRICE PER GERLANOV AD OGGGI SONO  
IN ASPETTATIVA FINO A NOVEMBRE 2019.

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:

STUDIO PRIVATO UNA VOLTA ALLA SETTIMANA COME LIBERO  
PROFESSIONISTA.

In fede

Paola Marconi

Luogo e data 3/7/19 PAVIA.





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 SACCHI VITTORIO nato/a a PAVIA il 3. Va. 1968
residente in Via le Ludovico il Moro n. 74 in PAVIA
codice Fiscale Sccvtr 68c 3c 3884

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

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

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE (PSICOLOGO)
UOC CURA PALLIATIVE - OSP. MEDE

In fede

[Handwritten signature]

Luogo e data Pavia 2/2/2019



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 SALVI MONICA ..... nato/a a BIELLA ..... il 01/01/1968 .....

residente in Via VIA DEI TIGLI ..... n. 2G ..... in RODANO (MI) .....

codice Fiscale SLVMNC68A41A859K .....

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: .....

[ ] 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

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

Psicologo inc. Libero Professionale c/o ASST Spedali Civili Brescia .....

Psicologo inc. Libero Professionale c/o Ministero di Giustizia C.C Monza .....

In fede

Monica Ferri

Luogo e data Pavia, 1 luglio 2018



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 HELENA MONTI nato/a a VO GARRA il 18/12/1968  
 residente in Via S. MARINO n. 5 in REZZATO  
 codice Fiscale RLLR76PT18R10P5  
 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:

Luogo e data Pavia 27/06/2018

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 GRAZIOU CRISTINA nato/a a PAVIA il 03/06/1980

residente in Via OLEVANO n. 67 in PAVIA

codice Fiscale GEZCST80D023G398J

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:

[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:

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

[X] di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia: MEDICO DI RSA - HELIOPOLIS (BINASCO)

In fede

[Signature]

Luogo e data Vezzano, 14/06/19



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 RONA ALESSANDRA nato/a a PAVIA il 26.03.1962

residente in Via Villaggio Campagne n. 25 in TORRE A' ISOLA (PV)

codice Fiscale RN0LSN62C66G388V

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

*[Handwritten signature]*

Luogo e data Voghera 8/6/2019





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 CARERI SILVIO nato/a a NICASTRO il 22/05/1952  
residente in Via TICINELLO n. 34 in PAVIA  
codice Fiscale CRR SLV52E22F888Z

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

*Careri Silvio*

Luogo e data 5/6/2015



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..... CHILONI PATRIZIA ..... nato/a a CREMONA il 26/05/1960  
residente in Via CHIOZZO n. 2 in PAVIA  
codice Fiscale CHLRZ62E66D1500

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' DI CONSULENZA IN TEMA DI RESPONSABILITA' PROFESSIONALE  
IDENTIFICAZIONE, esperite e chieste, sia per il Tribunale Civile  
di Pavia, sia per pmeh

In fede

Patrizia Chiloni

Luogo e data 1/5/2013

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria ASST PAVIA

Sede Legale: Via S. Gerardo, 1 - 27100 PAVIA

Codice Fiscale/Prestazioni: 01501040150

ISCRIZIONE AL REGISTRO REGIONALE DELLE AZIENDE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
Resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000  
TITOLARI DI RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO

Il/La sottoscritto/a BOFFINO EMILIO nato/a a VIGEVANO 22/01/1953

residente in Via DE ARCIUS n. 3 in VIGEVANO

codice Fiscale BFFMLE63B27L872N

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di  libero

consapevole della responsabilità penale in cui potrà incorrere in caso di falsità dell'atto, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, e delle leggi speciali, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non essere dipendente, a tempo determinato o a tempo pieno, di una pubblica, privata accreditata o privata non accreditata, la cui attività potrebbe creare un conflitto di interesse con ASST di Pavia

in caso contrario, indicare il rapporto di dipendenza e la sede di lavoro esercitato:

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di carica in una pubblica amministrazione

in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di carica in una pubblica amministrazione:

di non svolgere alcun'altra attività professionale oltre all'attività di lavoro autonomo con ASST di Pavia

di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività di lavoro autonomo con ASST di Pavia:

PRESSO IL PROPRIO STUDIO A VIGEVANO VIA S. GERARDO

PRESSO LO STUDIO PRIVATO HTC A VIGEVANO VIA S. GERARDO 100/101 PARTIGIA

Luogo e data VIGEVANO 26/04/2019



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 CASTELLARI CLAUDIO nato/a a VERGOGNOLA il 22/04/1965
residente in Via LUIGI MONTICELLI n. 2 in SALICETANO (PV)
codice Fiscale CASTELLARI CLAUDIO
titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di [X] professione [ ] colla [ ] azione

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:

[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:

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

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

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE NEL CANTIERE EDIFICATIVO
Dott. CASTELLARI CLAUDIO

In fede

[Handwritten signature]

Luogo e data SALICETANO 25/04/2013



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 ERIC FRANCESCHINI nato/a a GENOVA il 15/12/1986

residente in Via PRADA n. 1 in BRESCIA

codice Fiscale FRNRCE76T15D369W

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:

MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO "ISTITUTO CLINICO  
SANT'ANNA - GSD" BRESCIA

In fede

Luogo e data 26/4/19





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 LORENZO LEGNANI nato/a a PAVIA il 02/09/1991
residente in Via CAMPU BEDDU n. 67/A in STINTINO (SS)
codice Fiscale LGNLN291P02G388A

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:

[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

Signature of Lorenzo Legnani

Luogo e data YOGHERA 12/04/2019



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 ERIKA VIRDIS nato/a a SASSARI il 03/04/1990

residente in Via THIESI n. 4/b in SASSARI

codice Fiscale VRDRKE90D431452T

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:

[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

Handwritten signature of Erika Virdis

Luogo e data VOGHERA 12/04/2019



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 ALESSANDRA CUSUMI nato/a a VOLTERRA il 05/07/1970
residente in Via SOLAUTA FURNO n. 13 in AREMA PO
codice Fiscale CPLESN90L05R109B

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:
[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:
[ ] di non svolgere alcun altra attività professionale oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia
[X] di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia: ISTITUZIONE RRC

In fede

Alessandra Cusumi

Luogo e data 22/06/2019



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 ACQUARO MAURO nato/a a PALERMO il 23/05/93

residente in Via LUIGI BARBIERI n. 97 in VOGHERA (PV)

codice Fiscale CQRMRA93E23G273M

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:

[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:

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

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

SERVIZIO DI DEPENDIBILITÀ NOTTURNA E FESTIVA PRESSO GRUPPO "GENOS" IN QUANTITÀ DI LAVORAZIONE AUTONOMO

In fede

[Handwritten signature]

Luogo e data VOGHERA 11/06/19



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 BAZZINI MARCO nato/a a VOGHERA il 22/02/1993

residente in Via STRADA VALLE n. 23 in VOGHERA

codice Fiscale BZZMRC 93 B 22 M 109 E

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:

[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

Marzo Bazzini

Luogo e data VOGHERA 10/04/19





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...MAGGI FLORIANA... nato/a il ... PAVIA... il ... 23-04-1965...

residente in Via ... CORSO CAVOUR... n. ... 59... in ... PAVIA...

codice fiscale ... MGGFRN65D63G388P...

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di [X] 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

[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:

[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

Flaminia Maggi



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 PIRELLA ELISA nato/a a MAZILLI il 23/06/81

residente in Via S. RITA n. 2 in ROBATE (MI)

codice Fiscale N.T.L.C.L. 81463F839E

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:

PEDIATRA ANGOLO PROFESSIONISTA

SOSTITUTO DI PEDIATRI DI LIBERA SCEGLIA OCCASIONALE

In fede

*[Handwritten signature]*

Luogo e data VOGHERA 07/01/19



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 MARCO MUGGIAM nato/a a MILANO il 24/03/1964  
residente in Via CESARE E VILLA n. 64 in BIASSONO (PA)  
codice Fiscale MGR MRC 64 C 24 F 205 P

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

NO  di svolgere le seguenti attività professionali oltre all'attività resa in costanza di rapporto di lavoro autonomo con ASST di Pavia:  
.....  
.....  
.....

In fede

Luogo e data VIGEVANO 09/11/2018



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 PIZZOLI GIOVANNA nato/a a MORTARA il 28-06-62

residente in Via F. BUSONI n. 7 in MORTARA (PV)

codice Fiscale PZZ GNV 62 H 68 F 754 D

titolare rapporto di lavoro autonomo in regime fiscale di [X] 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

[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:

[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:

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

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

IL SOLE OULS VIA FLU' BESOZZI 9
V' GEVANO (PV) (STRUTTURA ACCREDITATA)

In fede

Giovanna Pizzoli

Luogo e data VOGHERA 03-08-2018



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: MARCO GALBUSERA nato/a a LECCO il 19/10/1951

residente in via P.zza G. GHINAGLIA n. 16 in PAVIA

codice Fiscale: GLBTRCSI E19ES07X

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

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

[checked] 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

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

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

no [checked] in caso contrario, indicare gli incarichi o la titolarità di cariche in Enti di diritto privato, finanziati dalla pubblica amministrazione:

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

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

In fede

[Signature]

Luogo e data Voghera 17/10/2018





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 RICCARDO RIZZO nato/a a VOGHERA il 16/7/85  
residente in Via EMER n. 27 in VOGHERA  
codice Fiscale RZZR RPR SSC 46 H 409 R

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:

LUCA MATTEO VOGHERA  
HUMANISS RIZZO

In fede  
[Signature]

Luogo e data VOGHERA 16/08/18



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 VECCHI EUGENIO nato/a a Parabiago il 22 DIC 1951  
residente in Via THAON DE REVEL n. 2 in PARABIAGO  
codice Fiscale: VECGHESIT22 G324C

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, punibili 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

Eugenio Vecchi

Luogo e data .....



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 Al Hasan Baadi nato/a il 12/06/1956

residente in Via Roma n. 21/6 Sommo(PV)

codice fiscale LHSBDR56H12Z220I

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

consapevole della responsabilità penale in cui potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace o elusione 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... di non svolgere alcun incarico... di non svolgere alcuna altra attività professionale... di svolgere le seguenti attività professionali...

In fede

Handwritten signature and stamp

**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/Le sottoscritto/a **Quassio Roberto** nato/a a **Pavia** il **02.05.1974**

residente in **Via vecchia Voipe n. 12 in Gravelona Lamellina (PV)**

codice Fiscale **Q55RRT74E02G388Z**

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:

COLLABORAZIONE A PROGETTO in qualità di **PSICOLOGO**

.....

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:

LIBERA PROFESSIONE

.....  
.....

Luogo e data, Voghera 13.04.2016

In fede  
**Roberto Quassio**  
*Roberto Quassio*



Sistema Socio Sanitario

Regione  
Lombardia

ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02618080189

sito internet: www.asst-pavia.it

DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
DIRIGENTI

(art. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 446 e s.m.i.)

Il/Le sottoscritto/a..... BODIO CARLA ..... nato/a a LOSANNA (SVEZERA)Codice Fiscale..... BDO CRL 62 R LG E 133 EProfessione..... MEDICO FISIATRA

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera professione

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio..... di RIABILITAZIONESede di..... VIGEVANO / CASORATE PRIMO

## DICHIARA

ai sensi art. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 446 e s.m.i., in ottemperanza e quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n.33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O.(ora ASST) di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;
- di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime mi amurano);

di svolgere / seguenti incarichi o di essere titolare delle seguenti cariche presso Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione.

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE

Firma (Nome e Cognome)  
Carlo Bodio

Luogo e data 26/03/2018



Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189

sito Internet: www.asst-pavia.it

**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE DIRIGENTI**

(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a... LAWSON P. Francis ..... nato/a a CATANOV. (BENIN)

Codice Fiscale... L.W.S.P.N.F.S.2.005.23.24.F

Professione... Medico Specialista

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio... P.S. VICARIANO

Sede di... MORTARA

**DICHIARA**

di sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n.33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O.(ora ASST) di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario);

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche presso Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
<u>Medico Assistenza</u>	<u>ICBM Regione</u>	<u>Indeterminato</u>

Firma (Nome e Cognome)

Luogo e data... V. Ige. V. n. n.

<b>DIPARTIMENTO</b> .....					
CDG	RIS.UM.	EC-FIN	SIA	URP/CUP	QUAL ACCR.
SITRA	Tit. <u>1</u> Cl. <u>2</u> Sci. <u>03P</u>				AG
I.R.	ASST DI PAVIA				ALB
FARM.	05 APR, 2018				GARE
♂ L					TECN.
DMP	Prot. n. <u>18367</u>				
♀ L	LEG.	DS	DSS	DA	DG
	FORM.				
RESR. PROC. <u>000 RIS. OKANS</u>					

*[Handwritten signature]*

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Pavia

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 02613080189

sito internet: www.asst-pavia.it

DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE DIRIGENTI

(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a FLORI MARIA nato/a o UGUANO (RI)

Codice Fiscale FRIMRA49H68L872V

Professione MEDECO

titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Presso il Dipartimento/U.O.C./servizio FRONTO SOCCORSO

Sede di MORTARA - UGUANO (PACALISCUINA)

DICHIARA

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 13 del Decreto Legislativo n.33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comparamento dei dipendenti dell'A.O.(ora ASST) di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario);

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche presso Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
<u>MEDECO</u>	<u>RSA BOLLANI-MERA SABBANO</u>	<u>T. indeterm. 15 ore/sett.</u>

Firma (Nome e Cognome)

*[Handwritten signature]*

Luogo e data Mortara 27/03/2018



DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a SORO VALERIA MARIA nato/a a VALONZA (AL)

Codice Fiscale SRO VRM 57E 71L570T

professione Medico CHIRURGO

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio U.O.C. GINECOLOGIA e OSTETRICIA

dell'Ospedale di STRADOLLA

DICHIARA

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
STUDIO PRIVATO	PAVIA VIA RISMONGO 6	
PUBBL. PRIVATO	VALONZA VIA DEL CASTAGNONE	

Nome e Cognome

*[Handwritten Signature]*

Luogo e data 7/06/17





DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a GIRALDI BRUNO nato/a a NUORO

Codice Fiscale GRLBRN 41 T 20 F 919 J

professione MEDICO

- Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione  
 Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio MEDICINA

dell'Ospedale di VIGEVANO

DICHIARA

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA
/	/	/
/	/	/

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
STUDIO PRIVATO	/	/
/	/	/

Luogo e data VIGEVANO 1/6/17

Nome e Cognome  
Bruno Girelli



DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a MAVIDAR HASSAN nato/a a TEHRAN (IRAN)

Codice Fiscale MDH5X63A812924M

professione MEDICO

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio MECINICA LEGALE

dell'Ospedale di .....

DICHIARA

di sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
<u>MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA</u>	<u>R.S.A. DELFRONI CASONTE PRIMO</u>	

Nome e Cognome

HASSAN MAVIDAR

Luogo e data NOGHERA 8/17/03/2017

*(Handwritten signature)*





DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a MUNATA MARIA CRISTINA nato/a a .....

Codice Fiscale.....

professione.....

- Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione  
 Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio U.O.C. MEDICINA LEGALE .....

dell'Ospedale di .....

DICHIARA

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;  
 di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;  
 di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

- di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE

Nome e Cognome Munata Maria Cristina

Luogo e data 17.03.2017



**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI**

(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a MELETTI SILVIO nato/a a ORTONA (CH)

Codice Fiscale MLTSLV59A08G141E

professione MEDICO CHIRURGO con funzione NECROSCOPICA

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio ASST PAVIA

dell'Ospedale di .....

**DICHIARA**

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
CONTINUITA' ASSISTENZIALE	ASST OVEST PIUVANESE	
MEDICO FISCALE/NECROSCOP.	ASST OVEST PIUVANESE	
MEDICO FISCALE/NECROSCOP.	ASST RHO DENISE	

Nome e Cognome

[Signature]

Luogo e data Voghera 4/10/2016



**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI**

(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a SOSA MASSIMILIANO SALVATORE nato/a a INDEA

Codice Fiscale SCDMSM76T26E3795

professione MEDICO CHIRURGO

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio MEDICINA NEUROSCOPICA A.S.S. PAVIA

dell'Ospedale di .....

**DICHIARA**

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, ~~né di svolgere attività professionali;~~

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
MEDICO DI GUARDIA	A. U.S.L. PIACENZA	31/12/2016
MEDICO DI GUARDIA	A.S.P. PAVIA	31/12/2016

Nome e Cognome

Luogo e data VOGHIERA 27/07/2016



DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a PAOLO ALBRIZIO nato/a a VOGHENA (PV)

Codice Fiscale LRAPLA8450241098

professione MEDICO NEFROLOGO

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio NEFROLOGIA

dell'Ospedale di VOGHENA, VAREZI, BROM - STRA DELLA

DICHIARA

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE

Luogo e data VOGHENA 23/7/16

Nome e Cognome

*[Handwritten Signature]*



DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE

CONSULENTI E COLLABORATORI

(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a LUCIANA BENICANT nata/a a MILANO

Codice Fiscale BVLLCN51C69F205T

professione MEDICO

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio DI REZIONE SANITARIA -

dell'Ospedale di ASST PAVIA

DICHIARA

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
<u>CONSULENZA</u>	<u>ISTITUTO FONDAZIONE IMA</u>	<u>luglio 2015 / FEBBRAIO 2017</u>

Luogo e data 25/3/2016

Nome e Cognome

*Luciana Benicant*





**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI**  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a ..... LANINO ANNALISA ..... nato/a a ..... VERCELLI .....

Codice Fiscale ..... LNN NLS 73 D59 L750 E .....

professione ..... MEDIO LEGALE .....

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio ..... MEDICINA LEGALE .....

dell'Ospedale di ..... ASST PAVIA .....

**DICHIARA**

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
<u>MEDIO COMPETENTE</u>	<u>IST. BIOMEDIO ITALIANO</u>	<u>ATTIV. IN CORSO</u>
	<u>PAVIA</u>	

Nome e Cognome

Annalisa Lanino

Luogo e data ..... Voghera, 20.09.15



**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI**

(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a ERASMO SCAVAZZA nato/a a VIGEVANO

Codice Fiscale SCVRS962 A 15 L 872 P

professione PSICOLOGO

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso P.O.C./Servizio CONSULENTI FAMILIARI MORFOTR, VIGEVANO, GARIVAS

dell'Ospedale di .....

**DICHIARA**

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
<u>STUDIO BRIUANI</u>		

Nome e Cognome

Erasmus Scavazza

Luogo e data 23-9-16



DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a ..... BERNARDI MARINA ..... nato/a a ..... VOGHERA .....

Codice Fiscale ..... BRNMRN86R44M109T .....

professione ..... MEDICO .....

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio ..... PRONTO SOCCORSO .....

dell'Ospedale di ..... VOGHERA e STRADELLA .....

DICHIARA

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE

Nome e Cognome  
..... MARINA BERNARDI .....

Luogo e data ..... VOGHERA 10/3/2016 .....



DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI

(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a INVERNIZZI CRISTINA nato/a a COMIONE

Codice Fiscale 71290740189

professione Medico

- Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione
- Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio ASST - PAVIA

dell'Ospedale di .....

DICHIARA

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;
- di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

- di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE

Nome e Cognome [Firma]

Luogo e data 13.02.2016





**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE  
CONSULENTI E COLLABORATORI**

(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a P. PAPPALARDI nato/a CORONA (MI)

Codice Fiscale 02613080189

professione MEDECO

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio VALUTAZIONE FLUSSO MENSTRUALE

dell'Ospedale di .....

**DICHIARA**

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi previste dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.O. di Pavia e dal Regolamento aziendale in materia di incompatibilità;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
<u>MEDICINA DI BASE</u>		

Luogo e data 02/04/2016

Nome e Cognome P. Pappalardi





**AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA**  
(D.C.R.L. n° VII/401 del 15.01.2002 e D.P.G.R.L. n° 1191 del 30.1.2002)  
Sede legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE**  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a XAUSA PAVESI MAURIZIO nato/a a ARONA (NO)

Codice Fiscale..... XSPMRZ66A07A429G

professione..... MEDICO CHIRURGO OTTALMOLOGO

Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione

Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio ..... OCULISTICA

dell'Ospedale di ..... VOGHERA

**DICHIARA** sottoscritto

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconfiribilità e/o incompatibilità prevista dal D. Lgs n. 39, dell'8 aprile n. 2013;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE

Nome e Cognome  
Maurizio Xausa Pavesi

Luogo e data VOGHERA, 6/12/2014



**AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA**  
(D.C.R.L. n° VII/401 del 15.01.2002 e D.P.G.R.L. n° 1191 del 30.1.2002)  
Sede legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE**  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritt/a ANNA DAN nato/a a MESSINA

Codice Fiscale DVA DUA 65H57F 1554

professione MEDECO CURATORE

- Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione  
 Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio IBOATO SOCCORSO

dell'Ospedale di SPADANELLA - VARE

**DICHIARA**

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità prevista dal D. Lgs n. 39, dell'8 aprile n. 2013;
- di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

- di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE

Luogo e data SPADANELLA 15-12-14

Nome e Cognome

[Handwritten Signature]



**AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA**  
 (D.C.R.L. n° VII/401 del 15.01.2002 e D.P.G.R.L. n° 1191 del 30.1.2002)  
 Sede legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE**  
 (artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a NGUNWE CHRISTIAN nato/a a LIMBE (CAMERUN)  
 Codice Fiscale NGNCR573T18Z306T  
 professione MEDICO

- Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione  
 Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio PRONTO SOCCORSO  
 dell'Ospedale di STRADELLA

**DICHIARA**

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità prevista dal D. Lgs n. 39, dell'8 aprile n. 2013;

di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;

di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
<u>MEDICO D. GUARDIA</u>	<u>PS STRADELLA</u>	<u>31/01/2015</u>

Luogo e data 14/12/2014

Nome e Cognome  
 .....  
 Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia  
 OSPEDALE UNIVERSITARIO SRODI STRADELLA  
 U.O. di Pronto Soccorso  
 Dott. NGUNWE CHRISTIAN ACHIRI  
 C.F. NGNCR573T18Z306T



**AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA**  
(D.C.R.L. n° VII/401 del 15.01.2002 e D.P.G.R.L. n° 1191 del 30.1.2002)  
Sede legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE**  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a ..... KHURI KAMEL ..... nato/a a ..... ISRAELE .....  
Codice Fiscale..... KHRKML70H10Z226J .....  
professione..... medica .....

- Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione  
 Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio ..... P.S. Voghera - Stradella e Carcere Vigevano .....  
dell'Ospedale di ..... Azienda ospedaliera provincia Pavia .....

**DICHIARA**

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità prevista dal D. Lgs n. 39, dell'8 aprile n. 2013;
- di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

- di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
<u>P.S. Voghera - <del>Stradella</del></u>	<u>Stradella - bronzi</u>	<u>31/07/2015</u>
<u>medica S.I.A.S.</u>	<u>Carcere Vigevano</u>	<u>30/06/2015</u>

Nome e Cognome

Luogo e data ..... 14.12.14 .....  
Stradella

.....  
KHURI KAMEL



**AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA**  
 (D.C.R.L. n° VII/401 del 15.01.2002 e D.P.G.R.L. n° 1191 del 30.1.2002)  
 Sede legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE**  
 (artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritto FABRIZIO PASOTTI nato a BRONI (PV)

Codice Fiscale PSTFRZ79C04B201P

Professione PSICOLOGO

- Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione
- Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C. RIABILITAZIONE SPECIALISCA  
 dell'Ospedale di VOGHERA

**D I C H I A R A**

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i., in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità prevista dal D. Lgs n. 39 dell'8 aprile n. 2013;
- di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA
Consigliere	Ordine degli psicologi della Lombardia	2014-2017

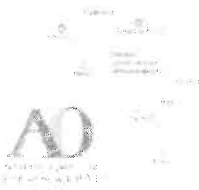
- di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE

Luogo e data ... Voghera ... 17/12/2014

Nome e Cognome  
 Fabrizio Pasotti





AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA  
(D.C.R.L. n° VII/401 del 15.01.2002 e D.P.G.R.L. n° 1191 del 30.1.2002)  
Sede legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

**DICHIARAZIONE DI AUTOCERTIFICAZIONE**  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritt(e) **ANGELO SCHIAVI** nato/a a Landriano (PV)

Codice fiscale **SCH NGL 54T08 E437X**

Professione **Esperto Qualificato e Fisico Sanitario**

- Titolare di lavoro autonomo in regime fiscale di libera-professione  
 Titolare di lavoro autonomo in regime di collaborazione coordinata e continuativa

presso l'U.O.C./Servizio: **ZONE CLASSIFICATE A FINI RADIOPROTEZIONISTICI**

dell'Ospedale di: **TUTTI GLI STABILIMENTI OSPEDALIERI DELL'A.O.**

**DICHIARA**

ai sensi artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 15 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 in merito "allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o allo svolgimento di attività professionali" quanto segue:

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D. Lgs n. 39, dell'8 aprile n. 2013;
- di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, né di svolgere attività professionali;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare delle seguenti cariche:

INCARICHI/CARICHE	ENTE OVE ESERCITA L'INCARICO/LA CARICA	DECORRENZA E SCADENZA INCARICO/CARICA

- di svolgere le seguenti attività professionali:

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE

Luogo e data Albuzzano, 12/12/14

*Angelo Schiavi*