

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
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...MARIANI DIEGO.....nato/a

Codice Fiscale.....

Nella sua qualità di (fare riferimento all'incarico svolto presso ASST)

.....CHIRURGO GENERALE .....

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio ...CHIRURGIA GENERALE.....

Sede di .....LEGNANO.....

**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 e s.m.i.

- X di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia;
- X 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 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)

.....DIEGO MARIANI.....  

Luogo e data LEGNANO 31-01-2024...



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
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..... GIAMPI PIZZANO ..... nato/a a .....

Codice Fiscale.....

Nella sua qualità di (fare riferimento all'incarico svolto presso ASST)

..... ORTODONCO .....

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio ..... ASST OUSST MILANO .....

Sede di ..... LEGNANO .....

**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 e s.m.i.

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia;
- 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 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>ORTODONCO</u>	<u>DR. GALIZZI</u>	

Firma (Nome e Cognome)

Pietro Giampi

Luogo e data

Milano 19/1/24



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

Il sottoscritto LUCIO RIZZI )

Codice Fiscale I

Nella sua qualità di (fare riferimento all'incarico svolto presso ASST)  
DIREGENTE MEDICO

Presso il U.O.C. OTORINOALRINGOIATRIA

Sede di LEGNANO

**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 e s.m.i.

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia;
- 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 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)

*Lucio Rizzi*

LEGNANO, 14.12.2023

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 SOSTITUTIVA  
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.....Bianchini Elena..... nato/a a .....

Codice Fiscale.....

Nella sua qualità di (fare riferimento all'incarico svolto presso ASST) Dirigente Medico responsabile US Neuroimaging

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio .....Diagnostica per immagini

Sede di .....Ospedale Nuovo di Legnano.....

**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 e s.m.i.

 di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia; 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 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)

.....Elena Bianchini.....

Luogo e data .....Legnano, 15/12/23.....

MOD.01.2022.CONSULENTI



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
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 FEDERICO ATADEL nato/a a .....

Codice Fiscale.....

Nella sua qualità di (fare riferimento all'incarico svolto presso ASST)  
CHIRURGO SPEDAGUSTA

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio ATTAM GENERALI E LEGALI

Sede di 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 e s.m.i.

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia;
- 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 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
<u>CHIRURGO SPEDAGUSTA</u>	<u>COP UNBO HOSPITAL</u>	<u>ANNUALE</u>

- di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
<u>CHIRURGO SPEDAGUSTA</u>	<u>STUDIO PROFESSIONAL</u>	<u>SENZA SCADENZA</u>

Firma (Nome e Cognome)

[Firma]

Luogo e data LEGNANO 12/12/2022



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
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...RAFFAELLA STUCCHI. ... nato/a a MONZA IL 12.8.73.....

Codice Fiscale.....STCRFL73M52F704A.....

Nella sua qualità di (fare riferimento all'incarico svolto presso ASST)

CONSULENTE MEDICO-LEGALE – LIBERO PROFESSIONISTA.....

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio .....

Sede 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 e s.m.i.

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia;
- 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 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)

Luogo e data MILANO, 4.10.23



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

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

Il/La sottoscritto/a BRAITO WALTER nato/a a [REDACTED] il [REDACTED]  
e residente in [REDACTED] Via [REDACTED] N. [REDACTED]  
Codice Fiscale [REDACTED]  
Professione medico chirurgo  
In qualità di medico chirurgo, alla data del 1-6-2023  
per l'incarico di consulente ortopedico

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

**DICHIARA**

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

In fede

Walter Braitto

(DA FIRMARE DIGITALMENTE)

Luogo e data 1-6-2023



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
CONSULENTI E COLLABORATORI**

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

Il/La sottoscritto PIETRO CIAMPI nato a [REDACTED]  
Codice fiscale... [REDACTED]

Nella sua qualità di (fare riferimento all'incarico svolto presso ASST)  
SPECIALISTA ORTOPOEDICO X VISITA MEDICO LEGALE sinistro [REDACTED]

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio  
ODSPEDALE GALEAZZI SANT'AMBROGIO

Sede di MILANO

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

ci 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 e s.m.i.

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia;
- 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 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
MEDICO CHIRURGO	OSPEDALE GALEAZZI	AC TEMPO INTERMINATO

Firma (Pietro Ciampi)

Luogo e data, Milano 17.10.2023

MOD.01.2022.CONSULENTI



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
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 VIGANO' nato/a a ~~Seregno (MI)~~Codice Fiscale ~~XXXXXXXXXX~~

Nella sua qualità di (fare riferimento all'in. svolto presso ASST)

Pensionato (ex Direttore U.O. Malattie Infettive ASST Ovest Milanese – Ospedale di Legnano)

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio .....

Sede 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 e s.m.i.

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia;
- 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 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

X di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
Medico infettivologo	RSA S. Francesco – Nova Milanese	Febbraio 2020 – Dicembre 2023
Medico infettivologo	Humanitas - Castellanza	Febbraio 2020 - indeterminato

Firma (Nome e Cognome)

Luogo e data Seregno 11.09.2023



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
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 WALTER BRATO nato/a a ~~PAVIA~~

Codice Fiscale ~~02613080189~~

Nella sua qualità di (fare riferimento all'incarico svolto presso ASST) consulente ortopedico

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio ASST affari generali e legale

Sede di 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 e s.m.i.

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia;
- 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 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)

Walter Brato

Luogo e data Pavia 03.07.2023



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
CONSULENTI E COLLABORATORI - DIPENDENTI DI ASST ED ALTRI ENTI PUBBLICI**  
(art. 46 e 47 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a **MARIANI DIEGO**

nato/a il

Codice Fiscale

Nella sua qualità di **..... presso ASST**

**CHIRURGO GENERALE E D'URGENZA**

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio

**CHIRURGIA GENERALE**

Sede di **LEGNANO**

**DICHIARA**

ai sensi art. 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 e s.m.i.

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia,
- di non svolgere alcun incarico, né di essere titolare di carica 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 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

Dichiara, altresì (selezionare una delle seguenti scelte)

- di essere dipendente pubblico e di aver acquisito autorizzazione da parte del proprio Ente allo svolgimento del presente incarico
- di essere dipendente pubblico in regime di extra moenia

Luogo e data

**LEGNANO 10/5/23**

Firma (Nome e Cognome)

*[Handwritten Signature]*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
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 Fassina Giovanni nato/a

Codice Fiscale I

Nella sua qualità di (fare riferimento all'incarico svolto presso ASST)

Consulente Tecnico di Parte nella causa

Presso il Dipartimento/U.O.C./Servizio ASST di PAVIA

Sede di 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 e s.m.i.

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con ASST di Pavia;
- 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 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
Primario Medicina Legale	Fondazione Casemiro Mondino IRCCS Pavia	Dal 2020 al 2023

- di svolgere le seguenti attività professionali

ATTIVITA' PROFESSIONALE	ENTE OVE ESERCITA L'ATTIVITA' PROFESSIONALE	DECORRENZA E SCADENZA ATTIVITA' PROFESSIONALE
Libera professione	Studio privato	

Firma (Nome e Cognome)

.....*Giovanni Fassina*.....

Ferrera Erbognone, il 09/08/2023