

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr ROBERTO STELLA

Nato/a il 22.07.1952

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

- che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;
che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.
- che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

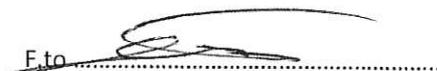
oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (_____) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese, 12/04/16

F.to 

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr AURAO Sessa

Nato/a GIULIOVA 25.06.1956

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (.....) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

..... Sessa, li 12 01 16

F.to



SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr **PONTI DANIELE**

Nato/a **VARESE IL 12/7/54**

Residente a :

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

- che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;
che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.
- che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

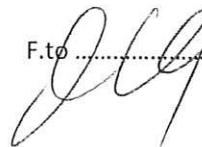
di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (.....) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese....., li 12/11/16

F.to



SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr OTAVIO AMATRODA

Nato/ad AGEROCA il 08/12/1954

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (ASST dei SEI E LAGHI) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese, il 02 Feb 2016

F.to



SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr ANGELO MICHELE BIANCHI

Nato/a VB il 11-6-52

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

- che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;
che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.
- che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (.....) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

VB, il 12/01/2016

F.to VB

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr CAMBIELLI MAURO
Nato/a il CASTELLO DI BRIANZA il 10/04/45
Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;
che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (_____) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese, il 12/01/16

F.to Cambielli

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr CARCANO GIULIO

Nato/a VA il 15 APRILE 1958

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

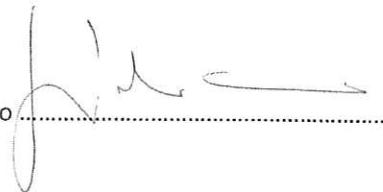
di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (UNIVERSITA' DEGLI STUDI LU' INVERIGO) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

VARESE, li 12.01.15

F.to



SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr CHIARAVALE SAUERIO

Nato/a VARESE il 17/05/1958

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (ASST SETTE LAGHI) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

VARESE, il 12/1/2016

F.to Sauerio Chiaravale

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr. COGGIATELLI GIULIO

Nato/a LESTO CALENDE il 5.6.1953

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

D I C H I A R A

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (_____) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

* * * * *

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese, li 2.2.2016

F.to COGGIATELLI GIULIO

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr *DARICANI NAURILLO*

Nato/a *UA* il *03/09/1958*

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (.....) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

VARESE, li *12/01/2016*

F.to 

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr *Carlo Gnazzetti*

Nato/a il *27.02.1963*

Residente a ,

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (*ospedale di CIRCOLO e FALPAZ*) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001. *MACCHI (VA) "ASST Fogliani"*

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese, li *12.1.2016*

F.to *Carlo Gnazzetti*

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr MASCHERONI CRISTINA

Nato/a VARESE il 21-09-1968

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

- che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;
- che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.
- che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

- di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (ASST SetteLoghi) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese....., li 09.03.2016

F.to Cristina Mascheroni

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr DOMENICA POBITO
Nato/a il 18.02.1955 a BINAGO (CO)
Residente :

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (ASSIST SETTE LOGGI) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese, li 12.01.2016

[Firma]
F.to

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr Dario Simoni
Nato/a DA il 26.02.57
Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (_____) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

VA....., li 12.01.16.....

F.to Pauli.....

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr JEAN LOUIS CORNEL

Nato/a SOMMO (VA) (VA)
il 28/09/1963

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

D I C H I A R A

- che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;
che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.
che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

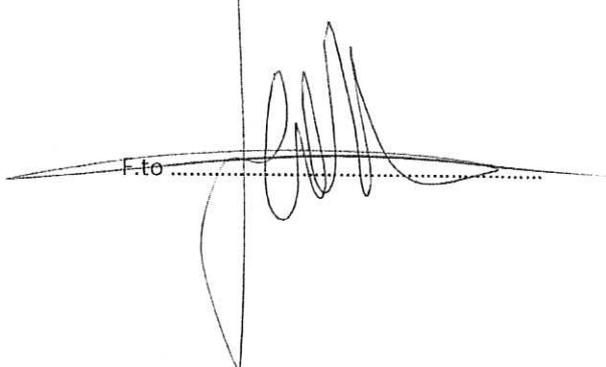
oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (_____) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

V. M. S. il 01/01/2016

F.to 

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr MANCONOVA CAPPELLO

Nato/a VA il 12/12/1981

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

D I C H I A R A

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;
che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.
che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

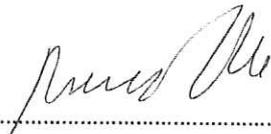
di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (_____) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

* * * * *

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese, li 01/02/2016

F.to 

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr ROBERTO CASTELLANO

Nato/a ~~FOMA~~ il 17.06.1964

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (_____) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

VARESE, li 01.08.2016

F.to Roberto Castellano

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr Piccolo Michele
Nato/a LUINDI 28.09.75
Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (_____) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

29.02.16, li _____

F.to _____

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr FILIPPO SANTANGOL

Nato/a VARESE il 30/05/1966

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

- che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;
- che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.
- che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (_____) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese, li 12/1/2016

F.to Filippo Santangol

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr. CAVONSI FEDERICA MARIA

Nato/a VA il 02.05.1956

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (_____) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese, li 12.04.2016

F.to _____

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr. Adeline Saffel

Nato/a il S. C. Firano d'Arrese (CE) 08.01.1963

Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (ASST Fede dagli) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

Varese, li 12/01/2016

F.to Adeline Saffel

SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.LE MILANO 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS AI SENSI ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr MARENI ALBERTO MAURO
Nato/a il Rimini 27-12-1951,
Residente a

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

che non sussiste lo stato di incompatibilità previsto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001;

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro assimilato a dipendente, valevole a fini fiscali.

che il compenso percepito verrà corrisposto quale prestazione per lavoro autonomo professionale.

oppure

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (ASST-SFUNG-CARIC-VARESE) ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.

Il sottoscritto inoltre conferma di essere informato ai sensi del D.Lgs. 196/2003 che il conferimento dei dati personali di cui sopra, dallo stesso forniti, ha la sola finalità di consentire al titolare del trattamento (Ordine Provinciale dei Medici) la verifica dello "status" con la sottoscrizione della presente acconsente al trattamento dei propri dati personali per le sole sopra riportate finalità.

In fede

12/1 il 2016

F.to 