

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr ROBERTO STELLA
nato a BUSTO ARSIZIO Provincia (VA) il 22/07/1952,
residente in
codice fiscale STLRRT52L22B300K partita IVA _____
a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....
con sede in via/piazza n.....
con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

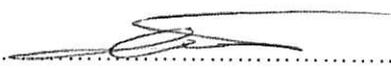
Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 01/12/2014

F.to 

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr BRETTA GIOVANNA
nato a VARESE Provincia (VA) il 8.12.1956
n. 26

codice fiscale BRTGNN56146L68ZF partita IVA _____

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

AO VIGUARDA CA' GRANDA

con sede in MILANO via/piazza P.LA OSPEDALE MACCIARE

con la qualifica di DIRETTORE S.C.

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
 di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
 di essere docente universitario in regime di tempo definito
 di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
 in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
 all'ENPAM
 ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 1.12.2014

F.to Giovanna Brettà

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE

Il/La sottoscritto/a Dr PONTI DANIELE
nato a VARESE Provincia (VA) il 12/7/56

codice fiscale PNTDNL56L12L682A partita IVA 01161390123

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....
con sede in via/piazza n.....

con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, ne di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma ENPAM e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 1/12/14

F.to [firma]

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr AURELIO FOSSA
nato a GENOVA Provincia (GE) il 25.06.1954
residente in _____
codice fiscale SSSRIA54H25D969H partita IVA 01360950121

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....
con sede in via/piazza n.....
con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma ENPAM e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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
Jose il 01.12.2014

F.to [Signature]

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

CIRCA LE DISPOSIZIONI DI CUI ALL'ART. 53 D.LGS. N. 165/2001

Il sottoscritto Dr **OTTAVIO AMATRUDA**

Nato/a AGEROLA (NA) il 12/8/1954

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 risultassero veritiere, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

di aver comunicato alla propria Amministrazione l'elezione quale Componente il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese per il Triennio 2015-2017;
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.

oppure

→ di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese ad effettuare comunicazione alla propria Amministrazione (OSPEDALE CIRCOLO FON. MACCHI) 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 03/02/2015

F.to 

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr Angelo Maresca Branca
nato a VA Provincia (VA) il 11-6-52
residente in _____ n. 16
codice fiscale BNCNLL521411L6P2P partita IVA 01159790129

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....

con sede in via/piazza n.....

con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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. Maresca il 28/4/2014

F.to Bo

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE

Il/La sottoscritto/a Dr CAMBUELLI MARCO
nato a CASTELLO DI BRIANZA Provincia (LC) il 10/04/45
residente in _____
codice fiscale CMBMRC45D10C187L partita IVA 00403760127

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....

con sede in via/piazza n.....

con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

di essere iscritto alla cassa autonoma ENPAM e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

* * * * *

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

Tredole, li 01.12.14

F.to Marco Cambelli

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr CARCANO GIULIO
nato a VARESE Provincia (VA) il 15. APRILE 1958
residente in _____
codice fiscale CRC GLI 580 15 682 W partita IVA _____

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

..... UNIVERSITA' LGS SUM LVA' INSUBRIA

con sede in VARESE via/piazza PANAMA n. 1

con la qualifica di PROFESSORE ORDINARIO DI CHIRURGIA GENERALE

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
 di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
 di essere docente universitario in regime di tempo definito
 di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
 in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
 all'ENPAM
 ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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

01.12.14, li Varese

F.to [firma]

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr CHIARA VUJE SAVERO
nato a VARESE Provincia (VA) il 17/05/2014
residente in _____
codice fiscale CHRURE17L682V partita IVA _____

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

..... AO BUSTO

con sede in BUSTO ARSIZIO via/piazza SOLARO 3 n.

con la qualifica di DIRETTORE STRUTTURE COMPLESSE

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
 di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
 di essere docente universitario in regime di tempo definito
 di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
 in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS.
 all'ENPAM
 ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 1/12/14

F.to Saverio Vuje

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr CORRADI GIULIO
nato a SESTO CALENDE Provincia (VA) il 5.6.1953
residente in _____
codice fiscale CRGGLI53H05FG88V partita IVA 01183280126

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....
con sede in via/piazza n.....
con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, ne di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma ENPAM e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 1.12.2014

F.to Giulio Corradi

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr DARLANI NAURIZIO

nato a VARESE Provincia (VA) il 03/09/1958

residente in _____

codice fiscale DNAR259P03L682Y partita IVA 01485710121

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....

con sede in via/piazza n.....

con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 01/12/2014

F.to Darlan Naurizio

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE

Il/La sottoscritto/a Dr CARLO GRIZZETTI
nato a MILANO Provincia (MI) il 27.02.1963
residente in _____ via _____
codice fiscale GR2 CRL63B27F205G partita IVA 4

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

..... OSPEDALE DI CIRCOLO e FONDAZIONE MACCHI (VARESE)

con sede in VARESE via/piazza BORRI n. 57

con la qualifica di Dirigente medico

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
 di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
 di essere docente universitario in regime di tempo definito
 di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
 in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
 all'ENPAM
 ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 1. Dicembre 2015

F.to

Carlo Grizzetti

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr Mescheroni Cristine
nato a Varese Provincia (VA) il 21 09 1968
residente in _____ via _____
codice fiscale MSCCST 68P61L682P partita IVA _____

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

..... A.O. Cicco - Fondazione Macchi

con sede in Varese via/piazza V. de' Borri n. 57

con la qualifica di Dirigente Medico

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
 di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
 di essere docente universitario in regime di tempo definito
 di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
 in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
 all'ENPAM
 ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 21/12/2014

F.to Cristine Mescheroni

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE

Il/La sottoscritto/a Dr. BOURIER BENO
nato a BIVRGO Provincia (CO) il 18.02.1955
residente in _____
codice fiscale PTT MTF 558 88702 partita IVA _____
a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

..... ALCOUDY SPEDALIERA DI ALCOUD F.S.P. NOCCHI
con sede in O.S.P. ROUTE via/piazza PIZZA BIRLOTTI n.
con la qualifica di DIRETTORE MEDICO DI SESTALIA

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
 di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
 di essere docente universitario in regime di tempo definito
 di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
 in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
 all'ENPAM
 ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 01.12.2014

F.to Bourier Beno

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr DARIO SINAP'
nato a VA Provincia (VA) il 26.02.52

codice fiscale SINPDKA D7B 26L 682 L partita IVA 01380870129

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine
dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità
A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....
con sede in via/piazza n.....
con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

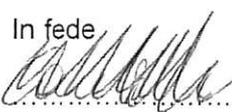
- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, ne di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:
 di essere iscritto alla cassa autonoma ENPAM e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 2/12/14

F.to 

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE

Il/La sottoscritto/a Dr. JEAN LOUIS CARON
nato a SOLBIANO Provincia (SUIZZA) il 26/09/63
residente in _____
codice fiscale CRL JLS 63P26 Z133A partita IVA 02174470126

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....
con sede in via/piazza n.....
con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

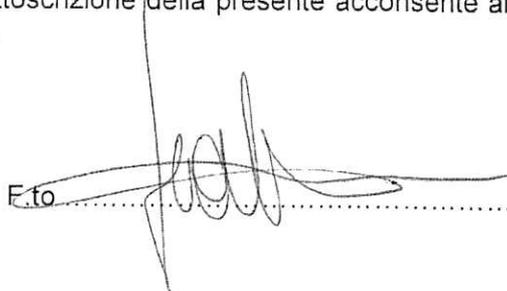
Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma ENPAM e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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

30/11/2014 il VM

F.to 

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE

Il/La sottoscritto/a Dr MARCO MARIA APPELLO

nato a VARESE Provincia (VA) il 12-12-1981

residente in _____ n. _____

codice fiscale CPP RCM 84 7121082 B partita IVA 03026660129

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....

con sede in via/piazza n.

con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, ne di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 30/11/2014

F.to Marco Appello

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr CASTELCANDO ROBERTO
nato a ROMA Provincia (ROMA) il 17.06.1964
residente in _____
codice fiscale CSTRRT64H17H501Z partita IVA 01964890121
a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....
con sede in via/piazza n.....
con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 21.01.2015

F.to Roberto Castelcand

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr PICCOLO MICHELE
nato a LUINO Provincia (VA) il 28-09-75
residente in _____
codice fiscale PCCMHL75P28E734Z partita IVA 02644300127

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....
con sede in via/piazza n.....
con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

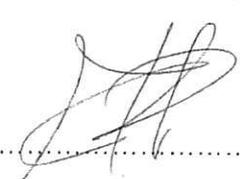
Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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

MANESS li 30-11-14

F.to 

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr FILIPPO SANTANGELO
nato a VARESE Provincia (VA) il 30/05/1966
residente in _____
codice fiscale SNTFPP66G30L682F partita IVA 02120810122

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....
con sede in via/piazza

con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... ENPAM e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 15/11/2014

F.to

Filippo Santangelo

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr MONTALBANI MARCO
nato a VARESE Provincia (VA) il 10/11/1952
residente in _____
codice fiscale MNTMRC525102682F partita IVA 01166460128
a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....

con sede in via/piazza n.....

con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma ENPAM e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 10/12/2014

F.to [firma]

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr. GARDISI TEODORA MARIA
nato a VARESE Provincia (VA) il 02-05-1956

codice fiscale GDDTRN56E42692U partita IVA _____

a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

.....
con sede in via/piazza n.
con la qualifica di

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

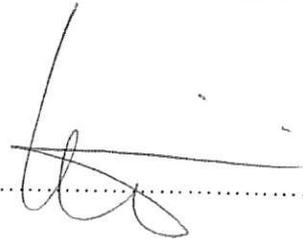
di essere iscritto alla cassa autonoma ENPAM e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 01.12.2014

F.to



Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE

Il/La sottoscritto/a Dr SALZILLO JAEUNA
nato a S. CIPRIANO D'AVERSA Provincia (CASERTA) il 08.02.1963
residente in _____
codice fiscale SLZDLN63A084798E partita IVA _____
a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

..... ATTIENDA OSPEDALIERA E FONDAZIONE MACCINI

con sede in VARESE via/piazza BORRI n.

con la qualifica di DIRETTORE MEDICO

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
 di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
 di essere docente universitario in regime di tempo definito
 di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
 in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
 all'ENPAM
 ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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 01.12.2014

F.to Salzillo Jaena

Spett.le
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
V.le Milano 27
21100 VARESE

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL PROPRIO STATUS CON RIFERIMENTO ALLA CORRESPONSIONE DI
COMPENSI / GETTONI AI COMPONENTI DELL'ORGANO ISTITUZIONALE**

Il/La sottoscritto/a Dr. MARCO ALBERTO MARCHIONI
nato a VERBA Provincia (RM) il 27-11-1951
residente in _____
codice fiscale MRELAT51T27H29L2 partita IVA 01265160125
a seguito di precisa richiesta di codesto Ordine

dichiara

sotto la propria piena ed incondizionata responsabilità

A) di rivestire la qualifica di dipendente della seguente amministrazione:

O.S.P.P.A.U. DI VERBA - FONDAZIONE RACCHI

con sede in VERBA via/piazza BORRI n. 57

con la qualifica di DIRETTORE - STRUTTURA ESPLS

dichiara inoltre

- di aver optato per l'esercizio della libera professione intramuraria
- di aver optato per l'esercizio della libera professione extramuraria
- di essere docente universitario in regime di tempo definito
- di essere docente universitario in regime di tempo pieno

B) di non rivestire la qualifica di dipendente ma di svolgere esclusivamente l'attività libero professionale con titolarità di partita IVA

- in forma autonoma
- in forma associata

C) di non rivestire la qualifica di dipendente, né di libero professionista, ma di essere solamente pensionato iscritto

- alla cassa pensioni INPS
- all'ENPAM
- ad altro ente pensionistico

Ai fini contributivi, il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere iscritto alla cassa autonoma..... e pertanto dichiara che il compenso / gettone non venga assoggettato alla gestione separata INPS in quanto il reddito sarà dal sottoscritto assoggettato alla tassazione contributiva presso il proprio ente di competenza, anche nel caso di reddito professionale svolto con attività intramuraria.

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

VERBA, il 8-1-2015

F.to


Dr. ALBERTO MARIO MARCHIONI
UROLOGO - TEL. 340.7725205
Cod. Fisc. MARC LRT 5172742012