



Il/la sottoscritto/a FEDERICA PLEBANI

di ETTORE e di PATRIZIA MONEGHIN
(indicare il nome del padre e il nome e cognome della madre)

Qualifica MEDICO

Data inizio collaborazione Maggio 2021

Residente a GRUMELLO DEL MONTE prov. BG

Via FACHERIS n. 2 cap. 24064

Domiciliato/a a PIAZZA MILANO prov. Mi

Via PIAZZALE SALVATORE FARINA n. 18/12 cap. 20125

Tel. fisso / Cell. 335 8059231

Indirizzo di posta elettronica feder.ca_plebani@live.it / fplebani@studenti.uninsubria.it

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) feder.ca.plebani@pec.it

Data e luogo, 17/05/2024
MILANO

IL DICHIARANTE

Federica Plebani
(firma per esteso e leggibile)



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445

Il/la sottoscritt A FEDERICA PLEBANI

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445

DICHIARA

- 1) di essere nato/a a TRESCORE B.RIO prov. BG il 17/06/1993
- 2) di essere in possesso della cittadinanza ITALIANA
- 3) di essere cittadino italiano secondo le risultanze del Comune di GRUMELLO DEL MONTE
- 4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di GRUMELLO DEL MONTE e di godere dei diritti politici
- 5) di essere (indicare stato civile: nubile - donne /celibe - uomini) NUBILE
- 6) di essere nella seguente posizione agli effetti militari /
- 7) di essere iscritto nell'albo MEDICI - CHIRURGI prov. BG con il n. 7821
- 8) di essere in possesso del seguente titolo di studio LAUREA MAGISTRALE A
CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA
- 9) di essere in possesso del seguente titolo / di specializzazione
SPECIALIZZANDA 1° ANNO IN PEDIATRIA
- 10) di non aver riportato/~~aver riportato~~ condanne penali e di non aver/~~aver~~ procedimenti penali in corso (**precisare le condanne eventualmente riportate; in caso contrario cancellare la dizione "aver riportato"**)
- 11) che il proprio codice fiscale è il seguente PLBFRC93H57L388H

Ai sensi della legge n. 675/1996 si autorizza il trattamento dei dati sopra riportati.

Data e luogo, A 17/05/21, MILANO

IL DICHIARANTE

Federica Plebani
(firma per esteso e leggibile)



Il/la sottoscritto/a FEDERICA PLEBANI dichiara, sotto la propria responsabilità:

di non essere affetto da alcuna invalidità riconosciuta da enti pubblici, né titolare di pensione di invalidità;

di essere affetto da invalidità civile riconosciuta da enti pubblici e di essere titolare di pensione di invalidità. Indicare la percentuale di invalidità _____

di appartenere alla seguente categoria protetta:

- orfano o coniuge superstite di coloro che sono deceduti per causa di lavoro/guerra/servizio ovvero in conseguenza dell'aggravarsi dell'invalidità riportata per tali cause;
- coniuge o figlio di soggetti riconosciuti grandi invalidi per causa di guerra/servizio/lavoro e dei profughi italiani rimpatriati.

Data e Luogo, 17/05/21

IL DICHIARANTE

Federica Plebani

(firma per esteso e leggibile)

RICHIESTA DI ACCREDITO STIPENDIO SU CONTO CORRENTE BANCARIO

Il/la sottoscritt A FEDERICA PLEBANI chiede con la

presente che le competenze stipendiali a decorrere dal Maggio 2021

vengano accreditate sul conto corrente:

ISTITUTO BANCARIO ING BANK

AGENZIA / INDIRIZZO /

COORDINATE IBAN (27 cifre)

IT 16 H 0 3 4 7 5 0 1 6 0 5 C C 0 0 1 1 3 0 9 8 7 4

Data e luogo, 17/05/21
MILANO

IL DICHIARANTE

Federica Plebani
(firma per esteso e leggibile)



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritt/a FEDERICA PLEBANI nato a TRESCORE BRIO (BG) il
17/06/1993 residente a GRUMELLO (BG), in via FACHERIS n.
21 DEL MONTE

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di appartenere/non appartenere ad Associazione/Organizzazione, il cui ambito di interesse interferisce con lo svolgimento della mia attività di collaboratore professionale di medico;
 - se affermativo specificare l'Associazione/Organizzazione di appartenenza:
 - _____
- di aver avuto/non aver avuto, negli ultimi tre anni, rapporti diretti/indiretti, di collaborazione con soggetti privati;
 - se affermativo specificare il soggetto privato:
 - Attività libero professionale
 - cio diversi ambulatori MMG
 - e Istituto Sore Cappuccine Bergamo.
- che i predetti rapporti di collaborazione sono intercorsi/intercorrono con soggetti che hanno/non hanno interessi in attività o decisioni inerenti l'ufficio di assegnazione e/o con l'incarico a me conferito;
- di impegnarsi ad informare tempestivamente il proprio Responsabile qualora successivamente alla presente sottoscrizione il medesimo, il coniuge, il convivente, i parenti o affini entro il secondo grado avessero rapporti diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti il mio incarico;
- di aver preso visione e di accettare quanto previsto in materia di conflitto di interessi dagli artt. 5 e 6 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e del Codice di Comportamento aziendale.

Data e luogo 17/05/21

IL DICHIARANTE

Federica Plebani