



AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA – ALLEGATO L

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....

Nato/a a..... il..... residente in.....

Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo

dei.....della Provincia di.....C.R.....,

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara formalmente di

1. essere non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto.....

ore settimanali

Via..... Comune di.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n..... scelte e con n°

scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di

Azienda

3. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°

Periodo: dal

4. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda

branca.....

ore sett

Azienda..... branca.....

ore sett.....

5. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
 Provincia.....
 branca.....
 Periodo: dal.....
6. avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:
 Azienda.....
 Via.....
 Tipo di attività.....
 Periodo: dal.....
7. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione..... o in altra Regione (2):
 Regione..... Azienda..... ore sett..... in forma attiva
 -in forma di disponibilità (1)
8. essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
 Denominazione del corso.....
 Soggetto pubblico che lo svolge.....
 Inizio: dal.....
9. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)
 Organismo..... Ore sett.....
 Via..... Comune di.....
 Tipo di Attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
10. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:
 (2)
 Organismo..... Ore sett.....
 Via..... Comune di.....
 Tipo di Attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
11. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81:
 Azienda..... ore sett.....
 Via.....
 Comune di..... Periodo: dal.....

12. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
 Azienda.....
 Comune di..... Periodo:dal.....
13. avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

 Periodo: dal
14. essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:.....
 Periodo: dal
16. svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

 Periodo: dal
17. essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)
 Azienda Comune
 ore sett..... Tipo di attività
 Periodo: dal
18. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
 Soggetto pubblico..... Via
 Comune di
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro:
 Periodo: dal
19. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

 Periodo: dal
20. fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
 soggetto erogante il trattamento pensionistico
 Pensionato dal

NOTE:

.....
.....
.....
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data _____

In fede

Firma

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"