

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto dr. _____

nato a _____ il _____

residente a _____

Via / P.zza _____ n. _____

iscritto all'Albo dei _____

della Provincia di _____

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 numero di _____ 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. _____ scelte

Periodo dal _____

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

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 comma 5 D.lgs n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____

Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7. Essere / non essere (1) titolare di incarico di guardia medica , nella continuità assistenziale o nella emergenza territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione

_____ o in altra Regione (2):

Regione _____

Azienda _____

Ore settimanali _____ in forma attiva – in forma di disponibilità (1)

8. Essere / non essere (1) iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs 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.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni: (2)

Organismo _____

Ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10. Operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimento, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della Legge 833/78: (2)

Organismo _____

Ore settimanali _____ 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 Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81:

Azienda _____

Ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____

Periodo: dal _____

12. Svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'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 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 scrivere nessuna):

Periodo: dal _____

17. Essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate a tempo determinato o 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 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) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Pensionato dal _____

NOTE : _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondo al vero.

In fede.

Data _____ Firma _____

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio fosse insufficiente utilizzare in calce al foglio alla voce "NOTE"

N.B. Ai sensi degli artt 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.