

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ C.A.P. _____ Via/Piazza _____ n. _____, iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

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 a tempo indeterminato o di incarico provvisorio (1) come medico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____ (2)

3) - essere/non essere (1) titolare di incarico temporaneo come medico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____ (2)

4) - essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o di incarico provvisorio (1) come medico pediatra di libera scelta ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____ (2)

5) - essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno, veterinario o professionista convenzionato (biologo, chimico, psicologo) (2):

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

6) - svolgere /non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N. (2):

Struttura _____ Comune _____ branca _____
Periodo: dal _____ ore settimanali _____ -

7) - essere/non essere (1) titolare di incarico di medico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale) o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Azienda _____ per n. ore sett. _____ in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

8) - essere/non essere (1) titolare di incarico temporaneo come medico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale) o nella emergenza sanitaria territoriale per n. ore sett.li _____ nella Azienda _____ (2)

9) - 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 _____

10) - 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 _____

11) - 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 _____

12) - svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D. Lgs 81/2008:

Azienda _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) - svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda funzioni fiscali nell'ambito territoriale nel quale esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria (2):

Azienda _____ Comune di _____ Periodo: dal _____

14) - 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 _____

15) - 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 (indicare la partecipazione o l'attività esercitata) (2):

16) - fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

a decorrere dal _____

17) - fruire/non fruire (1) del trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 16 (2):

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____ Pensionato dal _____

18) - 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 _____

19) - essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o di incarichi di sostituzione (1) nella medicina dei servizi territoriali ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale (2):

Azienda _____ ore sett. _____ Tipo di attività _____ Periodo: dal _____

20) - essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/incarico a tempo determinato/incarico di sostituzione (1) nella medicina penitenziaria ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale (2):

Azienda _____ ore sett. _____ Periodo: dal _____

21) - essere/non essere titolare di incarico di attività territoriali programmate (ATP) ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale e del vigente Accordo Integrativo Regionale

Azienda _____ ore sett. _____ Periodo: dal _____

22) - 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 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai precedenti punti):

Soggetto pubblico: _____ Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro: _____ Periodo: dal _____

23) - avere/non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dal vigente Accordo Collettivo Nazionale; in caso affermativo indicare la tipologia della sanzione, la decorrenza e la durata della stessa (vanno indicare le sanzioni riferite ai due anni precedenti, ad eccezione della sanzione della revoca del rapporto convenzionale):

24) - essere/non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri; in caso affermativo, relativamente ai provvedimenti di sospensione, indicare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la decorrenza e la durata:

25) di avere/non avere condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo specificare le condanne riportate (anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale) ed i carichi pendenti:

NOTE:

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali di cui D. lgs. 196/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda U.S.L. presso la quale l'incarico

viene conferito, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.

In fede

Data _____

Firma

Dichiarazione rilasciata senza autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445: le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono sottoscritte in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'Ufficio competente, via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

Si allega fotocopia di documento di identità

Firma apportata alla presenza di: _____

(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