

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
 il _____ residente in _____ C.A.P. _____ Via/Piazza _____ n. _____
 _____, iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e
 agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, 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. _____ scelte. 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 _____
 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 _____
 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 della Legge n. 626/93:
 Azienda _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) - svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale nel 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) del trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____ Pensionato dal _____

NOTE:

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

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda U.S.L. di Imola., 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 "NOTE"