

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (L.445/2000)

(Dichiarazione una tantum a cura del medico sostituto)

Io sottoscritt _____ codice enpam _____

nat_ a _____ il _____

Dovendo assumere un incarico di sostituzione di un medico di Assistenza Primaria/Specialista Pediatra di L.S. convenzionato con l'Asl _____, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del vigente codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità dichiaro quanto segue:

– di avere conseguito la laurea in _____ in data _____

– di avere conseguito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale/specializzazione in pediatria in data _____ presso l'Università di _____

– di essere iscritt_ all'Ordine Provinciale dei Medici di _____ in data _____

– di essere in possesso della cittadinanza: _____

– di essere residente nel comune di: _____

– all'indirizzo di _____ tel. _____

– di essere/non essere [§] inserit_ nella vigente graduatoria regionale

– di essere/non essere [§] in possesso dei requisiti previsti per l'inserimento nella graduatoria regionale

– di avere/non avere [§] attualmente in corso un rapporto di lavoro dipendente con scadenza presso _____

– di intrattenere/non intrattenere [§] un rapporto di lavoro quale medico convenzionato per l'attività:

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale (*)/assistiti in carico [§] di n. _____ con scadenza _____

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale (*)/assistiti in carico [§] di n. _____ con scadenza _____

– di svolgere/non svolgere [§] attività libero professionale quale _____

[§] cancellare quanto non rispondente all'attuale stato giuridico

(*) Nota: 1 ora d'impegno settimanale corrisponde a 37,5 assistiti in carico ad un medico di Assistenza Primaria oppure a 20 assistiti in carico ad un Pediatra di Libera Scelta

pag 1/2

dichiaro inoltre:

- di non trovarmi in alcuna delle condizioni d'incompatibilità per lo svolgimento dell'attività di Assistenza Primaria e/o Pediatria di Libera Scelta previste dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali;
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente all'Azienda _____, ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la presente dichiarazione;
- di essere consapevole, ed accettare, che assumendo l'incarico di sostituzione di un medico convenzionato per l'Assistenza Primaria o la Specialistica Pediatrica di Libera Scelta assumo direttamente e formalmente le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dai vigenti Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati;
- di impegnarmi ad un legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti nel rispetto della vigente normativa sulla privacy;
- di garantire l'attività assistenziale nei confronti degli iscritti nell'elenco del medico sostituito secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio del medico sostituito.
- di impegnarmi ad utilizzare il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito
- di richiedere che i compensi eventualmente dovuti da parte dell'Azienda Sanitaria, mi vengano corrisposti mediante (da compilare nel caso di sostituzione per assenze superiori ai 30 giorni):

a) bonifico su Istituto di credito Abi _____ Cab _____ num. c/c _____
b) altra modalità _____

Data, _____

(Firma del dichiarante)

Allegare alla presente dichiarazione fotocopia di un valido documento d'identità