

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(legge 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice enpam \_\_\_\_\_

codice regionale \_\_\_\_\_

**Dovendo assumere un incarico di sostituzione di un medico \_\_\_\_\_  
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 aver conseguito la Laurea in \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della cittadinanza: \_\_\_\_\_
- di essere domiciliato nel comune di: \_\_\_\_\_  
all'indirizzo di via/p.zza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**di essere** inserito nella vigente graduatoria regionale o, comunque, di essere in possesso dei requisiti previsti per tale inserimento

**ovvero**

**di non essere** inserito nella vigente graduatoria regionale e di non essere in possesso dei requisiti previsti per tale inserimento; ovvero \_\_\_\_\_

**di avere** attualmente in corso un rapporto di lavoro dipendente con scadenza \_\_\_\_\_ presso:  
\_\_\_\_\_

**di intrattenere** un rapporto di lavoro quale medico convenzionato per l'attività:

di \_\_\_\_\_ con l'Azienda \_\_\_\_\_ con un impegno settimanale: \_\_\_\_\_  
scadenza \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ con l'Azienda \_\_\_\_\_ con un impegno settimanale: \_\_\_\_\_  
scadenza \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ con l'Azienda \_\_\_\_\_ con un impegno settimanale: \_\_\_\_\_  
scadenza \_\_\_\_\_

**di svolgere** attività libero professionale quale \_\_\_\_\_

**di non trovarmi** in posizione di incompatibilità con l'attività di medico convenzionato in qualità di  
\_\_\_\_\_

(Contrassegnare la voce che interessa)

**dichiaro inoltre:**

- di essere consapevole, ed accettare, che assumendo l'incarico di sostituzione di un medico convenzionato del ruolo unico di assistenza primaria / Pediatria 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:

a) bonifico su Istituto di credito _____ Iban

Data,

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)

**Note: 1 ora d'impegno settimanale corrisponde a 40 assistiti in carico ad un medico del ruolo unico di assistenza primaria oppure a 23 assistiti in carico ad un Pediatra**