

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 _____ in data _____
- 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