

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

Autocertificazione Informativa ai sensi dell'Allegato "L" dell'ACN 23/03/2005 e smi

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____ nato/a

a _____ Prov _____ il _____

Codice Fiscale _____ residente nel Comune di

_____ all'indirizzo _____

Iscritto/a all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi (articolo 76 del DPR 445/2000), nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni (articolo 75 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità, dichiara:

1) essere /non essere⁽¹⁾ titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempodefinito, 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/ a tempo determinato⁽¹⁾, nella Regione _____ o in altra regione: ⁽²⁾

Azienda _____ ore sett. _____ in forma attiva/in forma di disponibilità⁽¹⁾

Periodo: dal _____ fino al _____

8) essere/non essere iscritto⁽¹⁾ al corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o al 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 502/92 e successive modificazioni: ⁽²⁾

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune 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 _____:

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 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

- 12) svolgere/non svolgere⁽¹⁾ per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del 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 partecipante 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 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 scrivere "nessuna"):

Periodo: dal _____

17) essere/non essere⁽¹⁾ titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: ⁽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⁾ di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differentida quelli di cui al punto 15: ⁽²⁾
soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

(1) Cancellare la parte che non interessa

(2) Completare con le notizie richieste; qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello disponibile alla voce "NOTE"

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare all'Azienda USL Toscana Centro ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Lì, _____

Il dichiarante:

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, il firmatario della presente dichiarazione allega alla presente copia fotostatica non autenticata di un documento valido, ai sensi di legge, alla sua identificazione.

Ai sensi dell'art. 21 del DPR 445/2000, io sottoscritto _____,
qualifica _____ attesto che la presente dichiarazione è stata sottoscritta in mia presenza,
previo accertamento dell'identità del dichiarante tramite documento _____
rilasciato dal _____ con scadenza il _____

Data _____ Firma e timbro dell'ufficio : _____