

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA MEDICI DI MEDICINA
GENERALE TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO
(art.21 dell'A.C.N. 08.02.2024 in vigore dal 04.04.2024)**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a il _____

a _____

residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

pec _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

dichiara formalmente di

- 1) non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il SSN, fatto salvo:
 - a. *norma finale n.1*: medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria presso _____ ore settimanali _____
 - b. *norma finale n.1*: medico di medicina penitenziaria incaricato presso _____ ore settimanali _____
 - c. *norma finale n.11*: medico della medicina dei servizi titolare presso _____ ore settimanali _____
 - d. *norma finale n.12*: medico titolare di incarico (ex SIAS) presso _____ ore settimanali _____
per ulteriori precisazioni vedi nota n. _____
- 2) non esercitare altre attività e non essere titolare o compartecipe di quote di imprese che possano configurare conflitto di interessi con il SSN
per ulteriori precisazioni vedi nota n. _____
- 3) non svolgere attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN
per ulteriori precisazioni vedi nota n. _____
- 4) non svolgere attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta
per ulteriori precisazioni vedi nota n. _____
- 5) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali
per ulteriori precisazioni vedi nota n. _____
- 6) non fruire del trattamento per invalidità assoluta o permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale
per ulteriori precisazioni vedi nota n. _____
- 7) non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore ovvero:
 - a. operi a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN presso _____
per ulteriori precisazioni vedi nota n. _____
- 8) non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 –quinquies- del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.
per ulteriori precisazioni vedi nota n. _____

9) non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs. n. 368/1999 e ss.mm.ii. ovvero di essere iscritto a:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Anno _____

per ulteriori precisazioni vedi nota n. _____

10) non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9/04/2008, n. 81 e ss.mm.ii.

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

11) non fruisca del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente

per ulteriori precisazioni vedi nota n. _____

12) non 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 _____

PRECISAZIONI (*indicare il numero della nota di riferimento*):

Mi impegno a comunicare all'Azienda ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con particolare riferimento all'insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal vigente ACN.

Prendo atto che la sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal vigente ACN, contestata al medico, comporta i conseguenti provvedimenti previsti dall'art. 24

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento Europeo 2016/679 GDPR, con la sottoscrizione del presente modulo, acconsento al trattamento dei dati personali forniti all'Azienda USL Toscana Centro per il procedimento di cui all'oggetto, che potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento

Data.....

Timbro e Firma Medico Convenzionato

Note:

- l'interessato può sottoscrivere la dichiarazione in presenza del dipendente addetto che dovrà accertare l'identità del dichiarante richiedendo l'esibizione del documento di riconoscimento e **relativa copia fotostatica;**

- se la dichiarazione è presentata già sottoscritta o inviata deve essere allegata **copia fotostatica di un documento di identità** (in corso di validità) del sottoscrittore.