

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____, nato a _____
(prov. _____) il _____ Codice Fiscale _____ Residente
a _____ (prov. _____) Indirizzo via _____ n. _____
Cap. _____ telefono _____ PEC _____
mail _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1- di essere laureato in _____ con voto _____ presso l'Università di _____ in data _____

2 - di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra) nella sessione _____ presso l'Università di _____

3 - di essere iscritto all'Albo professionale _____ dei Medici Chirurghi o degli odontoiatri presso l'Ordine Provinciale /Regionale di _____ dal _____

4 - di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in _____ conseguita il _____ l'Università di _____ con voto _____

in _____ conseguita il _____ l'Università di _____ con voto _____

in _____ conseguita il _____ l'Università di _____ con voto _____

5 - di essere in possesso delle seguenti libere docenze:

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

6- di essere in possesso dei seguenti Dottorati di ricerca:

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

7 - Di avere / non avere (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);

-Di essere/ non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine _____ in caso affermativo specificare il provvedimento disciplinare:

- Di avere/ non avere riportato condanne penali e di avere / non aver procedimenti penali pendenti;

8- Di essere nella seguente posizione:

a) Avere / non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato col divieto di libero esercizio professionale, ed altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N;

- b)** Essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N, ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e s.s. m.m., o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e s.s. m.m. i.i.;
- c)** Esercitare/ non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N;
- d)** essere / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro col S.S.N;
- e)** Esercitare / non esercitare (1) la professione medica sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N e che non adottino le clausole economiche dell'ACN e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);
- f)** Svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato;
- g)** Svolgere/ non svolgere (1) attività di pediatra di libera scelta;
- h)** Essere/ non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 21 e svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 22 ACN 31/03/2020;
- i)** Operare/ non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con S.S.N. (in caso affermativo indicare l'Azienda _____);
- l)** Svolgere / non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda _____);
- m)** Essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n° 119/88 e s.s. m.m o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5 del D.L.vo n° 502/92 e s.s. m.m i.i;
- n)** Essere/ non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs 17 agosto 1999 n° 368 e s.s. m.m i.i ;
- o)** Operare/ non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le Aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n° 833 /78 e dell'art. 8- ter del D.L.vo n° 229/99;
- p)** Essere/ non essere (1) titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. n° 292/87 e s.s. m.m o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D. L. vo n° 502/92 e s.s. m.m i.i;
- q)** Fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- r)** Fruire / non fruire (1) del trattamento di quiescenza;
- s)** Percepire/ non percepire (1) indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____).

(1) cancellare la parte che non interessa

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DATA

FIRMA PER ESTESO