

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il Sottoscritto Dott. (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ (prov. _____) il _____ residente nel Comune
di _____ (prov. _____) in Via _____ n° _____
Cap. _____ Tel. _____ Cell. _____ PEC _____
e-mail _____ recapito postale in _____ via _____ n° _____
cittadinanza _____

(da compilare se **dichiarati per la prima volta** o **se modificati**)

Cod. Fiscale Banca _____

Loc. Banca _____ Ag. n° _____ c/c n° _____

Codice IBAN _____ Codice ENPAM _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, 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

di essere **Titolare di incarico ai sensi dell'ACN di settore vigente e di svolgere l'attività nei i presidi sotto indicati:**

(Barrare in caso negativo)

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____

Merc. _____ // Giov. _____

Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____

Merc. _____ // Giov. _____

Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____

Merc. _____ // Giov. _____

Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
Merc. _____ // Giov. _____
Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
Merc. _____ // Giov. _____
Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
Merc. _____ // Giov. _____
Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
Merc. _____ // Giov. _____
Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

I.N.A.I.L. Località _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
Merc. _____ // Giov. _____
Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

Altro _____ Branca Specialistica _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
Merc. _____ // Giov. _____
Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

Totale complessivo ore settimanali espletate. n° _____

DICHIARA ancora di :

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di 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 successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di 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 Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale 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 _____);
10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di 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;
12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____);
13. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. di 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 successive modifiche ed integrazioni;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);
17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale de _____ di _____.

In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

_____;

18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti. In caso affermativo, specificare: _____;

_____;

19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta _____

_____ e la misura dell'indennità percepita _____).

NOTE (3)

Data _____

Firma per esteso _____

Si allega documento di identità valido

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.