

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

(Incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta – art. 37 ACN)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
n. d'iscrizione \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
n. tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
e mail \_\_\_\_\_  
ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

**DICHIARA**

**1)** essere / non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**2)** essere / non essere titolare di rapporto di lavoro [ ] a tempo determinato o [ ] tempo indeterminato come medico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_

**3)** essere / non essere titolare di incarico come medico Pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta vigente con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_

**4)** essere / non essere titolare di incarico [ ] a tempo determinato o [ ] tempo indeterminato come specialista ambulatoriale convenzionato interno: Azienda \_\_\_\_\_  
branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

**5)** svolgere / non svolgere attività di medico Specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N.:  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**6)** avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.Lgs n. 502/92:  
Azienda \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**7)** essere / non essere titolare di incarico di Guardia Medica di continuità assistenziale a [ ] tempo determinato o [ ] tempo indeterminato, nella Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
ore sett. \_\_\_\_\_

**8)** essere / non essere iscritto a corso di formazione in Medicina Generale di cui al D.Lgs n. 256/91 o al corso di specializzazione di cui al D.Lgs n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs n. 368/99: Denominazione del corso \_\_\_\_\_ Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio: dal \_\_\_\_\_

**9)** operare / non operare 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.Lgs n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**10)** operare / non operare 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:  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**11)** svolgere / non svolgere funzioni di medico di fabbrica 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 per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:  
Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**13)** avere / non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**14)** essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il SSN  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15)** fruire / non fruire 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 / 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):  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**17)** essere / non essere titolare di incarico nella Medicina dei servizi [ ] a tempo determinato o [ ] tempo indeterminato: Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
ore sett. \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

**18)** operare / non operare 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 di trattamento di pensione a: \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**20)** fruire / non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_  
Pensionato dal \_\_\_\_\_

**21)** di avere / non avere 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_);

**22)** di essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

**23)** di avere / non avere riportato condanne penali; In caso affermativo, specificare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

**24)** di avere / non avere procedimenti penali pendenti. In caso affermativo, specificare: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

**NOTE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma per esteso

\_\_\_\_\_