

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: _____

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