

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il Sottoscritto Dott./ssa (cognome) _____ (nome) _____ nato/a 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

(vedere **LEGENDA** allegata all'Avviso)

- ☐ di essere Titolare di incarico ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie, in vigore e di svolgere l'attività nelle sedi sotto indicate (**SOLO** per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. a - b - c - d - e - f):

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branch di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branch di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branch di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branch di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branch di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

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

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

I.N.P.S. Località _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Ministero della Difesa _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Totale complessivo ore settimanali espletate. n° _____

DICHIARA

- ☐ di essere Titolare di incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa sede di _____ Branca di _____ (SOLO per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. g);
- ☐ di essere iscritto nelle graduatorie annuali vigenti art. 19 c. 10 ACN 2024, ove ha sede il Comitato Zonale di riferimento nel cui territorio di competenza si aspiri ad ottenere l'incarico (SOLO per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. h) e che non sono titolari di incarico quali Medici di medicina generale, Medici specialisti pediatri di libera scelta e Medici dipendenti del SSN;
- ☐ di essere iscritto nelle graduatorie annuali vigenti art. 19 c. 12 (solo per gli Odontoiatri non specializzati) ACN 2024, ove ha sede il Comitato Zonale di riferimento nel cui territorio di competenza si aspiri ad ottenere l'incarico (SOLO per gli odontoiatri non specializzati che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. h);
- ☐ di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 c. 4 ACN 2024 e non trovarsi nella condizione di cui all'art. 27 c. 1 lett. h e l (SOLO per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. i);
- ☐ di essere Medico di medicina generale, con anzianità di servizio del rapporto in essere dalla data del ____/____/____ instaurato con _____ (indicare il datore di lavoro), che esprime la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro, (SOLO per i medici di medicina generale che hanno dichiarato di essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. j – e che possono partecipare esclusivamente ai sensi della lett. j, anche se iscritti nella graduatoria art. 19 c. 10 ACN 2024);
- ☐ di essere Medico specialista pediatra di libera scelta, con anzianità di servizio del rapporto in essere dalla data del ____/____/____ instaurato con _____ (indicare il datore di lavoro), che esprime la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (SOLO per i medici specialisti pediatri di libera scelta che hanno dichiarato di essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. j – e che possono partecipare esclusivamente ai sensi della lett. j, anche se iscritti nella graduatoria art. 19 c. 10 ACN 2024;
- ☐ di essere Medico dipendente del SSN, con anzianità di servizio del rapporto in essere dalla data del ____/____/____ instaurato con _____ (indicare il datore di lavoro), che esprime la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (SOLO per i medici dipendenti del SSN che hanno dichiarato di essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. j – e che possono partecipare esclusivamente ai sensi della lett. j, anche se iscritti nella graduatoria art. 19 c. 10 ACN 2024;

Sono consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni contenute nella presente domanda corrispondono al vero e sono sostitutive di certificazione e di atto notorio ai sensi dell'art.46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Data _____

Firma per esteso _____