

S.C. MEDICINA CONVENZIONATA
Direttore sostituto: Dott.ssa Luciana Pinna

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(D.P.R. 445 del 28/12/2000)

_ I _ sottoscritt... _____
nat...a _____ il _____ residente
in _____ Via/Piazza _____ n° _____;
laureato/a in data _____ specializzazione in _____
iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ in data _____
numero d'iscrizione _____ - Codice Regionale _____;
C.F. : _____ ;
Tel. _____ e mail _____;

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

Di accettare l'incarico provvisorio di Assistenza Primaria non rinnovabile art. 38 commi 1,2 e 3 ACN Medicina Generale vigente, nell'ambito..... – Comune di..... – Distretto di fino alla nomina di titolare di Assistenza Primaria nell'ambito e comunque per un periodo inferiore ai 12 mesi;

2) [] di essere [] di 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 _____ Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____

3) [] di essere [] di non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ c/o l'Azienda _____

4) [] di essere [] di non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal _____

5) [] di essere [] di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

ARES SARDEGNA - DIPARTIMENTO RISORSE UMANE

S.C. MEDICINA CONVENZIONATA
Direttore sostituto: Dott.ssa Luciana Pinna

6) [] di essere [] di non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

7) [] di essere [] di non essere titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva - in forma di disponibilità

8) [] di essere [] di non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al D. Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Leg.vo n° 257/91, ed al D.L.vo n. 368/99. come modificato dal D. Lgs 277/2003
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

9) [] di operare [] di 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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) [] di operare [] di 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) [] di svolgere [] di non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) [] di svolgere [] di 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) [] di avere [] di non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:
Azienda _____
Periodo: dal _____

S.C. MEDICINA CONVENZIONATA
Direttore sostituto: Dott.ssa Luciana Pinna

14) di essere di 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 Servizio sanitario nazionale:

15) di fruire di 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) di svolgere di 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) di essere di non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

18) di operare di 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) di essere di non essere titolare di trattamento di pensione

eventuale soggetto erogante _____

decorrenza _____

20) di fruire di non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15

eventuale soggetto erogante _____

decorrenza _____

21) di non essere in situazione di incompatibilità rispetto a quanto previsto dall' Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente e dall'Accordo Regionale " **Continuità Assistenziale 38 ore – Incarichi Provvisori**" nota Regione Autonoma della Sardegna – Direzione Generale alla Sanità Prot. n° 0017533 del 2 luglio 2013, sottoscritto in data 24 aprile 2013, notificato dal Servizio Amministrativo Territoriale tramite mail aziendale nelle date del 18 e 19 luglio 2013 a tutti i Medici della Continuità Assistenziale.

S.C. MEDICINA CONVENZIONATA
Direttore sostituto: Dott.ssa Luciana Pinna

22) [] di essere [] di non essere, soggetto ai provvedimenti di cui all' art. 18 comma 1 lettera b) e d) dell' ACN per la Medicina Generale, alla data della sottoscrizione di questa autocertificazione;

23) [] di avere [] di non avere, condanne definitive per delitti di qualunque natura , né procedimenti penali a carico;

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Note:

Nuoro,

Il/la dichiarante

X _____

1. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA'

2. N.B.:

- barrare la parte che interessa
- completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"