

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 inoltre di :

- a) di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- b) 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;
- c) di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

- d) di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe 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;
- e) di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- f) di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
- g) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- h) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- i) 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 _____);
- j) di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- k) 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;
- l) 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 _____);
- m) 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;
- n) 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;
- o) di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
- p) 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 _____);
- q) 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): _____;
_____;
- r) di avere/non avere (1) riportato condanne penali.
In caso affermativo, specificare _____;
_____;
- s) di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti.
- t) In caso affermativo, specificare _____;
_____;
- u) 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 _____

Legenda:

- (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.