

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il Sottoscritto Dott. (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ (prov. _____) il _____ residente nel Comune di
_____ (prov. _____) in Via _____ n° _____
Cap. _____ Cell. _____ PEC _____
e-mail _____ recapito postale in _____ via _____
n° _____ cittadinanza _____

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

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: (Barrare in caso negativo)

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branchia di _____
Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
Merc. _____ // Giov. _____
Ven. _____ // Sab. _____
Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branchia di _____
Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
Merc. _____ // Giov. _____
Ven. _____ // Sab. _____
Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branchia di _____
Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
Merc. _____ // Giov. _____
Ven. _____ // Sab. _____
Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branchia 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 partecipante 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.