

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il Sottoscritto Dott. (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato 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

di essere **Titolare di incarico ai sensi dell'ACN di settore vigente e di svolgere l'attività nei i presidi sotto indicati:**

(Barrare in caso negativo)

**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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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 ancora di :**

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. 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;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. 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;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. 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 \_\_\_\_\_);
10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. 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;
12. 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 \_\_\_\_\_);
13. 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;
14. 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;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. 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 \_\_\_\_\_);
17. 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): \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;

18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti. In caso affermativo, specificare: \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;

19. 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 \_\_\_\_\_

Si allega documento di identità valido

\_\_\_\_\_

(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.