

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009**

Allegato L

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai
sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono
puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,**

dichiara formalmente di:

1) essere iscritto al 1° anno, 2° anno, 3° anno del corso di formazione specifica in
medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 in Regione Liguria relativo al triennio ____ /
____ Inizio frequenza: dal _____

2) essere / 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 (1):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

3) essere / non essere e titolare di incarico di sostituzione provvisorio 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
_____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere / non essere titolare di incarico come medico **pediatra di libera scelta** convenzionato 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 _____ presso l'Azienda

Periodo: dal _____

5) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/ a tempo determinato come
specialista ambulatoriale convenzionato interno:(1)

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

6) essere / non essere iscritto negli elenchi dei **medici specialisti convenzionati esterni** (1):

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

7) avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto
legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____
tipo di attività _____
Periodo: dal _____

8) essere / non essere titolare di incarico di **continuità assistenziale** o di **emergenza sanitaria territoriale** a tempo indeterminato / a tempo determinato, in Regione Liguria o in altra Regione: (1)
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in forma attiva
/ in forma di disponibilità GSAT/USCA
Periodo: dal _____

9) operare/ 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 quinques del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni:(1)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78 (1) :
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11) svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** (1) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) svolgere/ non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (1)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) avere/ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (1)

Periodo: dal _____

14) essere/ 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: (1) _____

15) fruire/ 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) svolgere/ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato:

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____

tipo di attività : _____

Periodo: dal _____

18) operare/ 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 _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) essere / non essere titolare di trattamento di pensione a: (1)

Periodo: dal _____

20) fruire / non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:(1)

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

21) avere/non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____

22) essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Albo):

23) avere / non avere riportato condanne penali e di avere/ non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: (1) _____

NOTE:

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

data _____

firma _____(2)

Si allega fotocopia di documento di identità

Firma apportata alla presenza di: _____

(1) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

(2) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente della P.A. addetto, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.