

**Allegato I**

**DICHIARAZIONE 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,

**attesta di**

non essere titolare di incarico di pediatria di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo  
Nazionale vigente;

di essere titolare di incarico:  di sostituzione  provvisorio  a tempo indeterminato, di  
pediatria di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente con massimale di n.  
\_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del  
mese di \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

e

**dichiara formalmente di:**

- essere  non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo  
definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati  
(2) :  
Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- essere  non essere (1) titolare di incarico di Assistenza Primaria convenzionato, ai sensi  
dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e con massimale di n. \_\_\_\_\_  
scelte  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- essere  non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1)  
come specialista ambulatoriale convenzionato (2):  
A.S.L. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
A.S.L. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore set. \_\_\_\_\_  
A.S.L. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore set. \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

4.  essere  non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):  
 Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
5.  essere  non essere titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra Regione (2):  
 Regione \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
 in forma attiva-in forma di disponibilità (1)  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
6.  operare  non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):  
 Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
7.  operare  non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):  
 Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 tipo di attività \_\_\_\_\_  
 Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
8.  svolgere  non svolgere funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii.:  
 Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
9.  svolgere  non svolgere (1) per conto dell'INPS o della A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2):  
 A.S.L. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
10.  di fruire  non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
11.  di fruire  non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente ( tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

12.  svolgere  non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

13.  operare  non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (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):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

14.  essere  non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di (2):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

15.  fruire  non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento: \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

16.  essere  non essere iscritto (1) a corso di formazione specifica in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. 368/99:

Denominazione del corso: \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio: dal \_\_\_\_\_

17.  avere/  non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dell'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18.  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):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19.  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.**

In fede

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ (2)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

Firma apposta alla presenza di: \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ (3)

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non sia sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

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