

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con
i Medici Pediatri di Libera Scelta**

Allegato I

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ iscritto all'Albo
dei _____ della Provincia di _____
ai sensi e per gli effetti degli articoli 47 e 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

attesta

di essere/non essere (1) titolare di incarico, 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:

1. 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 _____
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. _____ scelte
Periodo: dal _____
3. 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 della legge n. 626/93:
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. fruire/non fruire (1) 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 _____
11. 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 _____
12. 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 _____

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

Periodo: dal _____

14. 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 _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____

firma _____ (3)

(1) cancellare la parte che non interessa

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

(3) 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 del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.