

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009 e ss.mm.ii.

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 /  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 \_\_\_\_\_

2)  essere /  non essere titolare di incarico  a tempo indeterminato  di sostituzione  provvisorio di **assistenza primaria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_

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

3)  essere /  non essere titolare di incarico  a tempo indeterminato  di sostituzione  provvisorio di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS 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 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 \_\_\_\_\_

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

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

periodo: dal \_\_\_\_\_

6)  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 \_\_\_\_\_

7)  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 \_\_\_\_\_

8) di essere in possesso:

del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ triennio \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

8 bis)  essere /  non essere iscritto 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. L.gs 368/99 e ss.mm.ii.:

Denominazione del corso : \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: 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 quinquies 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, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

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.**

In fede

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

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

Firma apposta 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.**