

AUTOCERTIFICAZIONE

**Ai sensi della norma finale n. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta del 28/04/2022
(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:

essere non essere titolare di incarico: a tempo indeterminato provvisorio di sostituzione di pediatria di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS 28/04/2022 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: di sostituzione provvisorio a tempo indeterminato di medico Assistenza Primaria a ciclo di scelta ad attività oraria convenzionato, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 28/04/2022 e con massimale di n. _____ scelte e/o n. _____ ore settimanali

Periodo: dal _____

3. essere non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato (2) veterinario, altra professionalità sanitaria biologo chimico psicologo:

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____ Periodo:
dal _____

4. svolgere non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN (2):

Provincia _____ branca _____ Periodo:
dal _____

5. essere non essere titolare di incarico di medico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), in Regione Liguria o in altra Regione (2):

Regione _____ A.S.L. _____ ore settimanali _____ in
forma attiva-in forma di disponibilità (1)
Periodo: dal _____

6. essere non essere titolare di incarico di medico di medicina dei servizi territoriali 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 _____

7. essere non essere titolare di incarico di medico di assistenza penitenziaria 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 _____

8. operare non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN 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 _____

9. 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 _____

10. 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 _____
11. svolgere non svolgere attività libero professionale (2) a carattere occasionale in forma strutturata (art. 27 A.C.N. del 28/04/2022):
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo attività: _____
Periodo: dal _____
12. 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 _____
13. avere non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal _____
14. essere non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

Periodo: dal _____
15. 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;
16. non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscono dell'Anticipazione della Prestazione Previdenziale – APP – di cui all'Allegato 5 dell'ACN PLS 28/04/2022).
17. 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 _____

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

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

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

Periodo: dal _____

20. 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 _____

21. avere/ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale 15/12/2005 e ss.mm.ii. o dall'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale 28/04/2022. In caso affermativo 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)

24. aderire non aderire al regime fiscale agevolato.

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.