



DICHIARAZIONE PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA  
PRESENTAZIONE DI **ISTANZE** ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Spett.le  
**A.S.L. n. 3 Sistema Sanitario Regione  
Liguria  
Direzione Sociosanitaria  
SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali**

**Da allegare alla domanda di iscrizione inviata tramite PEC**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
codice fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. civ. \_\_\_\_\_

**consapevole** delle responsabilità amministrative e penali conseguenti **a dichiarazioni non veritiere, formazione** o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000, n, 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. **47 del D.P.R. 38/12/2000, n. 445:**

DICHIARA

1. che la marca da bollo numero identificativo \_\_\_\_\_ figurante sul frontespizio della domanda di iscrizione nella graduatoria aziendale dei medici Pediatri di Libera Scelta valevole per l'anno 2024 trasmessa per PEC in data \_\_\_\_\_, è conforme all'originale in proprio possesso;
2. di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive rese in occasione della presentazione della domanda, ai sensi del DPR 44S/2000 e s.m.i. e. pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca n. \_\_\_\_\_ in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_

## 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 fruiscano 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.