



Allegato 2

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA – (RIF. ALL. L /ACN MMG)

Il sottoscritto dott.....
 nato a..... il..... residente in.....
 Via/Piazza..... n.....
 Codice fiscale.....

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.

Dichiara:

- aver conseguito laurea in Medicina e Chirurgia con voti.....in data..... presso l'Università.....
- aver conseguito diploma di specializzazione in..... con voti.....in data.....presso l'Università.....
- di essere regolarmente iscritto presso l'Ordine dei Medici della Provincia di..... dal.....n°.....
- codice Enpam.....
- IBAN.....

Dichiara altresì formalmente di:

1. essere
 non essere

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:

Soggetto..... ore settimanali.....

Via..... Comune di.....

Tipo di rapporto di lavoro

Periodo: dal.....

2. essere
 non essere

titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. con massimale di n°..... scelte

Periodo: dal.....

3. essere
 non essere

titolare di incarico come medico di Pediatra ai sensi del D.P.R. con massimale di n°..... scelte

Periodo: dal.....



4. essere
 non essere

titolare di incarico

- a tempo indeterminato
 a tempo determinato

come specialista ambulatoriale convenzionato:

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

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

5. essere
 non essere

iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia..... branca.....

Periodo: dal.....

6. avere
 non avere

un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 Decreto Legislativo n° 502/92 e successive modificazioni:

Azienda..... via.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....

7. essere
 non essere

titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale

- a tempo indeterminato
 o a tempo determinato

nella Regione.....

A.S.L..... ore sett.....

- in forma attiva
 in forma di disponibilità

8. essere
 non essere

iscritto a corso di formazione di 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.vo n° 368/99:

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 accreditate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n° 502/92 e successive modificazioni:

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, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78:

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 o di medico competente ai sensi del Testo Unico Sicurezza Lavoro (D.Lgs. 81/2008):

Azienda..... ore sett.....

Via..... Comune di.....

Periodo: dal.....

12. svolgere
 non svolgere

per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

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 o industrie farmaceutiche:

Azienda.....

Periodo: dal.....

14. essere
 non essere

titolare o partecipante di quote di imprese o

- esercitare
 non esercitare

attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

.....

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 altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....
.....
Periodo: dal.....

17. essere
 non essere

titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate,

- a tempo indeterminato
 o a tempo determinato:

Azienda..... via.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....

18. operare
 non operare

a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi 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 di

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro:.....

Periodo: dal.....

19. essere
 non essere

titolare di trattamento di pensione a carico di:

.....

.....

Periodo: dal.....

20. fruire
 non fruire

del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: dal.....

21. avere
 non avere

procedimenti disciplinari a proprio carico in corso.

22. svolgere
 non svolgere

Attività libero professionale (art. 58 ACN 23.03.2005 e successive modificazioni)

a) strutturata:

- data di avvio.....

- ubicazione dello studio.....



- ubicazione dell'Azienda c/o la quale è espletata l'attività di medico del lavoro o equiparata.....

- giorni e orari di attività

- tipo di prestazioni effettuate

b) occasionale

23. (Informativa privacy)

di essere informato che ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), i dati personali, anche di natura sensibile o giudiziaria, forniti in relazione alla presente procedura, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della medesima e del rapporto contrattuale ad essa conseguente.

Completare tutte le voci con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare questo spazio:

NOTE

In fede

data _____

Firma _____