

- 2) di essere in possesso di Diploma di Specializzazione in _____
conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
- 3) di essere iscritt_ all'Ordine dei Medici della Provincia di _____
dal _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- 4) di essere non essere inserit_ nella graduatoria definitiva della medicina generale della Regione Veneto
valida per il corrente anno (specificare il punteggio _____);
- 4-bis) di avere non avere presentato domanda per essere inserit_ nella graduatoria della medicina generale
della Regione Veneto valida per il prossimo anno (in tal caso il punteggio sarà rilevato d'ufficio: _____);
- 5) di essere non essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale (in caso
affermativo specificare: soggetto pubblico che lo ha svolto, sede del corso e data conseguimento
_____);
- 6) di essere non essere iscritt_ al corso di formazione specifica in medicina generale (in caso affermativo
specificare: soggetto pubblico che lo svolge, sede del corso e anno di iscrizione
_____);
- 7) di essere non essere iscritt_ a scuola di specializzazione (in caso affermativo specificare: scuola e sede
_____);

I sottoscritt_ dichiara inoltre:

8) di avere non avere subito provvedimenti ai sensi dell' art. 30, c. 7, – ACN Medicina Generale 23.03.05
e s.m.i., (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del
rapporto convenzionale _____);

9) di essere non essere titolare di patente di guida di categoria B o superiore;

10) di 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:

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) di essere non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo
Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con
riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;

12) di essere non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo
Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte; periodo: dal _____;

13) di essere non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista
ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett.li _____

Azienda _____ branca _____ ore sett.li _____

14) di essere non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

15) di avere non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo attività _____

Periodo: dal _____

16) di essere non essere titolare di incarico di medico di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Regione Veneto o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____

ore sett.li _____ in forma attiva in forma di reperibilità

17) di 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 n. 502/92 e successive modificazioni

Organismo _____ ore sett.li _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

18) di operare non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____ ore sett.li _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) di svolgere non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della D.Lgs. 626/93 e s.m.i.: Azienda _____ ore sett.li _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

20) di svolgere non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda ULSS di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

21) di 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 _____

22) di 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:

23) di 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 _____

24) di 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 scrivere: nessuna) _____

Periodo: dal _____

25) di essere non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

Azienda _____ Comune _____ ore sett.li _____

Tipo attività _____

Periodo: dal _____

26) di operare non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata:

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

27) di essere non essere titolare di trattamento di pensione a : _____

Periodo: dal _____

28) di fruire non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 21: soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato: dal _____

NOTE: _____

I sottoscritt_ accetta le condizioni di cui all'avviso in oggetto e si impegna a:

- comunicare all'Azienda ULSS 10 di San Donà di Piave – UOS Convenzioni, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione;
- far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dall'incarico di medico di continuità assistenziale attribuito da codesta Azienda ULSS.

Allega fotocopia leggibile, fronte/retro, di documento d'identità in corso di validità.

data _____

firma _____ (*)

(*) La presente domanda deve essere firmata e integralmente compilata, a pena di esclusione dall'elenco. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. – Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti, si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono stati acquisiti.