



- 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.