

## dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

### DICHIARA

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

Ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 13, dichiara formalmente di:

**1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo parziale, anche come incaricato 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 come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. \_\_\_\_\_**

con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

**3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. \_\_\_\_\_**

Con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte. Periodo dal \_\_\_\_\_

**4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:**

Azienda \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

**5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):**

Provincia \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 comma del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni:**

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_

**7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_**

o in altra regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

**8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs. n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs. n° 368/99:**

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_ inizio dal \_\_\_\_\_

**9) operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto dei presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**10) operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazioni ai sensi dell'art. 43, della legge n. 833/78 (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**11) svolgere/non svolgere** (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:

Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**12) svolgere/non svolgere** (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelta (2):

Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

**13) avere/non avere** (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

**14) essere/non essere** (1) 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** (1) 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** (1) 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: \_\_\_\_\_

**17) essere/non essere** (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) (2):

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo dal: \_\_\_\_\_

**18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione la 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 (1) di trattamento di pensione a: (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) aver/non aver ricevuto l'ultimo incarico a tempo determinato, nella Regione \_\_\_\_\_**

**nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'ASL \_\_\_\_\_**

**presidio di \_\_\_\_\_**

**22) aver/non aver lavorato nel mese corrente a tempo determinato, presso l'ASL \_\_\_\_\_**

**presidio di \_\_\_\_\_**

**NOTE: \_\_\_\_\_**

**DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO**

Avellino, lì \_\_\_\_\_

**In fede**

(1) – cancellare la parte che non interessa

(2) – qualora lo spazio non fosse sufficiente, per le notizie richieste, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTA"