

## 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 \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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(1) ricevuto nel mese corrente incarico a tempo determinato , nella Regione \_\_\_\_\_**

ASL \_\_\_\_\_ Distretto Sanitario \_\_\_\_\_

**22) aver/non aver (1) ricevuto ultimo incarico a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_**

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

Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Avellino, li \_\_\_\_\_

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"