

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

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 Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28712/2000 e s.m.i. E CONSAPEVOLE DELLA DECADENZA DAI BENEFICI, PREVISTA DALL'ART. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che quanto di seguito riportato corrisponde al vero.

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 dell'ACN 2005 e s.m.i.

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) 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)

7) 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 _____

8) 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 _____

9) 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 _____

10) 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 _____

11) 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: _____

12) 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: _____

13) 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: _____

14) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

Periodo dal: _____

15) 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: _____

NOTE: _____

(data)

(firma)

(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"