ALLEGATO A

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a ……..……..,

nato/a a ……..……(prov……..) il ……,

M □ F □ , Codice Fiscale……..…… Comune di residenza ……..

(prov……) Indirizzo……n……CAP……..

Telefono…… PEC…….

e-mail……...

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere □ / non essere □ titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

2. di essere □ / non essere □ proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

3. di esercitare □ / non esercitare □ attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

4. di essere □ / non essere □ titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

5. di svolgere □ / non svolgere □ attività di medico di medicina generale;

6. di svolgere □ / non svolgere □ attività pediatra di libera scelta;

7. di essere □ /non essere □ titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

8. di essere □ /non essere □ titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

9. di esercitare □ / non esercitare □ la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi
   (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività):

   _____

Data _____ *Firma* _____

10. di svolgere □ / non svolgere □ funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale

11. di operare □ /non operare □, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.
(in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività):

_____

12. di essere □ /non essere □ titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

13. di essere □ /non essere □ iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

14. di fruire □ /non fruire □ dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

15. di avere □ /non avere □ subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
(*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata):*

_____

16. di percepire □ / non percepire □ l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta e la misura* NOTE

……

……

……

Data _____ *Firma* _____