

Domanda di Partecipazione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a Dott. _____, nato/a _____,
il _____ residente a _____ Prov. _____ in Via _____ n. _____
Cap. _____ PEC _____ cell. _____.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa.

Chiede di partecipare all'avviso pubblico in oggetto e a tal fine dichiara di:

1. Di essere/non essere convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale per la Pediatria di libera scelta (PLS). Presso l'Azienda Sanitaria Territoriale di _____ nell'ambito territoriale di _____ Codice Regionale n° _____ scelte n. _____ ;
2. 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 _____ ;
Tipo di Rapporto _____ dal _____ ;
3. Essere/non essere titolare di incarico come medico di Assistenza Primaria presso l'ASP di ambito territoriale di _____ dal _____ ;
4. Essere/non essere incaricato a tempo indeterminato o determinato di Continuità Assistenziale, presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ dal ____/____/____ ;
5. Essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale nella Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ ;
6. Essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
A.S.P. n. _____ Branca _____ Ore settimanali _____ ;
A.S.P. n. _____ Branca _____ Ore settimanali _____ ;
7. Essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere/non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 comma 5 d.l. n°502/92 e successive modificazioni:
Provincia _____ Branca _____ dal _____ ;
8. Essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n.256/91 o a corsi di specializzazione di cui decreto legislativo n.257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n.368/99: denominazione del corso _____ inizio ____/____/____ ;
9. Essere/non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:
Azienda _____ tipo di attività _____ ore sett. _____ dal _____ ;
10. Operare/non operare a qualsiasi titolo 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 decreto legislativo n.502/92 e successive modificazioni:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
tipo di attività _____ tipo di lavoro _____ dal _____ ;

11. Operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.48 della legge n.883/78:
 Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
 tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____;
12. Svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93:
 Azienda _____ ore sett. _____ dal _____;
13. Svolgere/non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:
 Azienda _____ Comune _____ dal _____;
14. Avere/non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: _____ dal _____;
15. Essere/non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale
 ditta _____ dal _____;
16. Fruire/non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:
 dal _____;
17. Svolgere/non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
 tipo di attività _____ dal _____;
18. Essere/non essere titolare di trattamento di pensione: _____ dal _____;
19. Fruire/non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici, di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma del dichiarante (2) _____

(1) ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia"

(2) La presente 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. La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda.

Con la sottoscrizione della presente, il sottoscritto dichiara di essere informato/a ai sensi del regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente D.Lgs n. 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici. Esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data _____

Firma _____