

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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. 15 dichiara formalmente di

1) ☐ 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 di

Tipo di rapporto di lavoro

Periodo: dal

2) ☐ essere ☐ non essere

titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale:

con massimale di n. scelte e con n. scelte in carico

con riferimento al riepilogo mensile del mese di Azienda

3) ☐ essere ☐ non essere

titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale:

con massimale di n. scelte

Periodo: dal

4) ☐ essere ☐ non essere

titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda branca ore sett.

Azienda branca ore sett.

5) ☐ essere ☐ non essere

iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia branca

Periodo: dal

6) ☐ avere ☐ non avere

un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.Lgs. n. 502/92:

Azienda Via

Tipo di attività

Periodo: dal

7) ☐ essere ☐ non essere

titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato:

nella Regione o in altra regione

Regione Azienda ore sett.

in forma attiva / in forma di disponibilità

8) ☐ essere ☐ non essere

iscritto 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

a qualsiasi titolo in 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 D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo ore sett.

Via Comune di

Tipo di attività

Tipo di rapporto di lavoro

Periodo: dal

10) ☐ operare ☐ non operare

a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo ore sett.

Via Comune di

Tipo di attività

Tipo di rapporto di lavoro

Periodo: dal

11) ☐ svolgere ☐ non svolgere

funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda ore sett.

Via Comune di

Periodo: dal

12) ☐ svolgere ☐ non svolgere

per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda Comune di

Periodo: dal

13) ☐ avere ☐ non avere

qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal

14) ☐ essere ☐ non essere

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

del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal

16) ☐ svolgere ☐ non svolgere

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

titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

Azienda Comune ore sett.

Tipo di attività

Periodo: dal

18) ☐ operare ☐ non operare

a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in 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 di trattamento di pensione a:

Periodo: dal

20) ☐ fruire ☐ non fruire

di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:

Soggetto erogante il trattamento pensionistico

Pensionato dal

Barrare la casella corrispondente alla situazione dichiarata.

Completare con le notizie richieste; qualora lo spazio non fosse sufficiente, utilizzare quello in calce alla voce "NOTE".

NOTE

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data

Firma