

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETÀ

ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e
dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

in via _____ n° _____

domiciliato/a a _____ CAP _____

in via _____ n° _____

telefono abitazione: _____ cellulare _____

fax _____ e-mail: _____

PEC _____

codice fiscale _____

codice ENPAM _____ codice ENPAP _____

laureato/a in _____

presso _____ in data _____

specializzato/a in _____

presso _____ in data _____

iscritto all'Albo professionale: medici chirurghi ; odontoiatri ; psicologi ;

presso l'Ordine provinciale regionale nazionale di _____ dal _____

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

dichiara di:

1. essere/non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, 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 ed integrazioni;
3. esercitare/non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. svolgere/non svolgere (1) attività di pediatra di libera scelta;
7. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) dal _____;
8. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. esercitare/non esercitare (1) 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* _____);
10. svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;
12. operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale (*in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività:* _____);
13. essere/non essere (1) 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 ed integrazioni;

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

14. essere/non essere (1) 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;
15. fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. avere/non avere (1) 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 _____)
17. essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____
18. avere/ non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. percepire/non percepire (1) 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 dell'indennità percepita _____).

NOTE (2)

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

il successivo punto è riservato ai soli titolari d'incarico a tempo determinato e a tempo indeterminato

20. svolgere la seguente attività professionale in qualità di specialista/professionista ambulatoriale convenzionato:

➤ attività professionale nella branca di _____

presso _____

sede _____ per n. ore settimanali _____

dal _____ con il seguente orario:

Lunedì	dalle ore _____ alle ore _____
Martedì	dalle ore _____ alle ore _____
Mercoledì	dalle ore _____ alle ore _____
Giovedì	dalle ore _____ alle ore _____

Venerdì	dalle ore _____ alle ore _____
Sabato	dalle ore _____ alle ore _____

➤ attività professionale nella branca di _____

presso _____

sede _____ per n. ore settimanali _____

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

dal _____ con il seguente orario:

Lunedì	dalle ore _____ alle ore _____
Martedì	dalle ore _____ alle ore _____
Mercoledì	dalle ore _____ alle ore _____
Giovedì	dalle ore _____ alle ore _____
Venerdì	dalle ore _____ alle ore _____
Sabato	dalle ore _____ alle ore _____

➤ attività professionale nella branca di _____

presso _____

sede _____ per n. ore settimanali _____

dal _____ con il seguente orario:

Lunedì	dalle ore _____ alle ore _____
Martedì	dalle ore _____ alle ore _____
Mercoledì	dalle ore _____ alle ore _____
Giovedì	dalle ore _____ alle ore _____
Venerdì	dalle ore _____ alle ore _____
Sabato	dalle ore _____ alle ore _____

altro (specificare) _____

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli art. 13-14 Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni variazione a modifica della situazione sopra dichiarata.

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma per esteso in originale del Dichiarante
(non soggetta ad autenticazione)
