

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

__l__ sottoscritt__ Dr. _____ nat _____

a _____ il _____ residente in _____

Via/Piazza _____ n° _____

domiciliato in _____ Via/Piazza _____ n° _____

e-mail _____ PEC _____

telefono _____

laureato/a il _____ presso Università di _____

abilitato/a il _____ presso Università di _____

iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ in data _____

in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale presso la Regione _____

_____ in data _____ (solo per

Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta)

in possesso del diploma di specializzazione in Pediatria conseguito presso _____ in data _____ (solo per Medici Pediatri

di Libera Scelta)

in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione (nel caso dei Medici Pediatri di Libera Scelta ulteriori diplomi rispetto a quello in Pediatria):

1) _____

2) _____

3) _____

in possesso dei seguenti titoli formativi e/o competenze certificate:

1) _____

2) _____

3) _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, del D.P.R. 28.12.2000, n° 445 dichiara formalmente di:

1) **essere/non essere** (1) 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 (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) **essere/non essere** (1) titolare di incarico **a tempo indeterminato/temporaneo/provisorio/di sostituzione** (1) come Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta 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** (1) titolare di incarico **a tempo indeterminato/provisorio/di sostituzione** (1) come medico Pediatra di Libera Scelta 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 _____

4) **essere/non essere** (1) titolare di incarico **a tempo indeterminato/temporaneo/provisorio/di sostituzione** (1) come Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria ai sensi del relativo

Accordo Collettivo Nazionale - Azienda _____ ore sett. _____

5) **essere/non essere** (1) titolare di incarico **a tempo indeterminato/temporaneo/provisorio/di sostituzione** (1) come Medico di Emergenza Sanitaria Territoriale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale - Azienda _____

6) **essere/non essere** (1) titolare di incarico **a tempo indeterminato/temporaneo/provisorio/di sostituzione/a tempo determinato** (1) come Medico di Medicina Penitenziaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale - Azienda _____ ore sett. _____

7) **essere/non essere** (1) titolare di incarico **a tempo indeterminato/a tempo determinato/provisorio/di sostituzione** (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie: (2)
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

8) **essere/non essere** (1) titolare di incarico come medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N.: (2)
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

9) **essere/non essere** (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (2)
Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

10) **essere/non essere iscritto** (1) al corso di formazione specifica in Medicina Generale o ad un corso di specializzazione di cui al D.lgs. n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni a quanto previsto dalle norme vigenti in materia:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

11) **avere/non avere** (1) a qualsiasi titolo con un Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni. (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

12) **operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

13) **svolgere/non svolgere** (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.lgs. n. 81/2008:
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

14) **svolgere/non svolgere** (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o ad attività oraria: (2)

Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

15) **esercitare/non esercitare** (1) altre attività o **essere/non essere** (1) titolare o compartecipe delle quote di imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale: (2)

Periodo: dal _____

16) **essere/non essere** (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore o direttore di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale: (2)

Periodo: dal _____

17) **fruire/non fruire** (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

18) **fruire/non fruire** (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente: (2)

Periodo: dal _____

19) **avere/non avere** (1) provvedimento di accertata incapacità psico-fisica allo svolgimento dell'attività convenzionale
(in caso affermativo indicare l'Azienda USL di riferimento): _____

20) **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 scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

21) **operare/non operare** (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (in aggiunta a quanto già in precedenza dichiarato):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

22) **essere/non essere** (1) titolare di incarico libero professionale con il Servizio Sanitario Nazionale;

23) **avere/non avere** (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata:

24) **essere/non essere** (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia di provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Albo): _____

25) **avere/non avere** (1) riportato condanne penali e di **essere/non essere** (1)destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel Casellario Giudiziale ai sensi della vigente normativa;

- di avere riportato le seguenti condanne penali:_____
- di essere sottoposto a procedimento penale per il seguente motivo:_____

N.B. : barrare anche nel caso di applicazione della pena su richiesta delle parti ("patteggiamento") o nei casi di amnistia, indulto, condono, perdono giudiziale, decreto penale di condanna oppure se siano stati concessi i benefici di legge (non menzione nel Casellario giudiziale, sospensione condizionale della pena)

26) **essere / non essere** (1) stato revocato da rapporto convenzionale a seguito di provvedimento adottato ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo indicare l'Azienda USL e l'Ambito Territoriale di riferimento):_____

27) **svolgere/non svolgere** (1) attività di LIBERA PROFESSIONE in forma occasionale/in forma strutturata (1)

Se strutturata specificare:

- data avvio: _____

- ubicazione: _____

- tipo di attività svolta: _____

- ore settimanali: _____

- giorni ed orari di attività: _____

Allegare inoltre specifica dichiarazione che l'attività svolta in regime libero-professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.

NOTE:

Il sottoscritto è consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 e si impegna a dare tempestiva comunicazione all'Azienda USL di Piacenza in caso di variazione delle notizie sopra fornite.

Il sottoscritto acconsente, ai sensi ed ai fini previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Azienda USL, secondo le modalità previste dalla normativa vigente per i fini istituzionali.

In fede

Data _____ Firma _____

Dichiarazione rilasciata senza autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445: le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono sottoscritte in presenza di dipendente addetto, ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'Ufficio competente, via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

Si allega fotocopia di documento d'identità

Firma apportata alla presenza di _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"