

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ residente a _____ prov. _____
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 ⁽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 come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. con massima 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 come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. con massima di n° scelte
Periodo: dal
4. essere - non essere ⁽¹⁾ titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato ⁽¹⁾ come specialista ambulatoriale convenzionato interno ⁽²⁾:
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
5. essere - non essere ⁽¹⁾ iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni ⁽²⁾:
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____
6. essere - non essere ⁽¹⁾ un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, D.L.vo n. 502/92:
Azienda _____ via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____
7. essere - non essere ⁽¹⁾ titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato ⁽¹⁾, nella Regione o in altra regione ⁽²⁾:
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva - in forma di disponibilità ⁽¹⁾
8. essere - non essere ⁽¹⁾ iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____
9. operare - non operare ⁽¹⁾ 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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ⁽²⁾:
Organismo _____ ore sett. _____
via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
10. operare - non operare ⁽¹⁾ 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 ⁽²⁾:
Organismo _____ ore sett. _____
via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11. svolgere - non svolgere⁽¹⁾ funzioni di medico di fabbrica⁽²⁾ o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
 Azienda _____ ore sett. _____
 via _____ Comune di _____
 Periodo: dal _____
12. svolgere - non svolgere⁽¹⁾ per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte⁽²⁾:
 Azienda _____ ore sett. _____
 Periodo: dal _____
13. avere - non avere⁽¹⁾ qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche⁽²⁾:

 Periodo: dal _____
14. essere - non essere⁽¹⁾ titolare o partecipante 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⁽¹⁾ del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
 Periodo: dal _____
16. 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 scrivere: nessuna)

 Periodo: dal _____
17. essere - non essere⁽¹⁾ titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato⁽¹⁾⁽²⁾:
 Azienda _____ ore sett. _____
 Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Periodo: dal _____
18. 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 (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⁽¹⁾ titolare di trattamento di pensione a⁽²⁾:

 Periodo: dal _____
20. fruire - non fruire⁽¹⁾ del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita⁽²⁾:
 Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____
 Periodo: dal _____

NOTE

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____

Firma _____

(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".