

(ALLEGATO E)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato _____
a _____ Prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ residente in _____
_____ prov. _____ via _____ n.
CAP _____ dal _____ iscritto all'ordine dei
medici n. _____ della provincia di _____
CELL. _____ PEC _____
consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a
dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai
sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. 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 Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
2. fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
3. fruire /non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
4. 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 _____ Tipo _____
di rapporto di lavoro _____ Periodo :
dal _____
5. essere / non essere (1) 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 _____
6. essere /non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. scelte periodo dal _____
7. essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2) :
Azienda _____ branca _____ ore
settimanali _____
Azienda _____ branca _____ ore
settimanali _____
8. essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):
provincia _____ branca _____
periodo: dal _____
9. avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:
Azienda _____ Via _____
Tipo di attività _____

periodo:

dal _____

10. 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)

- 11 di essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

12. 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 decreto legislativo n 502/1992 e successive modificazioni (2):

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

13. 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 Legge n. 833/78: (2)

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____

14. svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____ Periodo: dal _____

svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte : (2) Azienda Comune di _____ Periodo: dal _____

- 16 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 _____

- 17 essere /non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

18 svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere :nessuna)

Periodo: dal _____

19 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 _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo : dal _____

20 operare/non operare(1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5, 6, 7, 10):

Soggetto Pubblico _____

Via _____

Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo:
dal _____ al _____

NOTE: _____

DICHIO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPOATE CORRISPONDONO
AL VERO

Dichio, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene rea.

Data _____

In Fede _____

(1) Cancellare la parte che non interessa

(2) Completare con notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare la sezione note