

DICHIARAZIONE INFORMATIVA

(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. _____
 nato a _____ prov. (____) il _____
 residente in _____ Via _____
 n. _____ iscritti all'Albo dei _____ della provincia di _____
 ai sensi ed 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 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 come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale 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) avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8, comma 5, Decreto legislativo n. 502/1992:
 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 iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n.256/1991 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n. 257/1991 e corrispondenti norme di cui al Decreto Leg.vo n.368/1999:
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 accreditate che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art.8-quinquies del Decreto Leg.vo n.502/1992 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. 833/1978: (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 626/1993:
Azienda _____ Comune di _____
Via _____ Comune di _____
Periodo dal _____
- 12) 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 _____

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 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 (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 presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: 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 _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo dal _____

18) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (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 (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

Periodo dal _____

20) fruire / non fruire (1) del trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15 (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"

AUTENTICA DELLA SOTTOSCRIZIONE

(Timbro)

L'anno _____ addì _____ del mese di _____

è comparso il Sig. _____

della _____ cui _____ identità _____ sono _____ certo, _____ per

___I___ quale, dopo essere stat___ da me ammonit___ sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la suestesa dichiarazione sottoscrivendola in mia presenza.

(Firma dell'incaricato)