

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a .....prov. ....il .....  
residente a .....prov. ....  
Via ..... n. .... CAP .....  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 1) essere/non essere titolare di incarico di continuità assistenziale presso la Regione .....  
Azienda n. .... di .....  
presidio ..... ore settimanali n. ....;
- 2) essere/non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda n. ....  
di ..... ambito territoriale  
di ..... n. scelte .....
- 3) essere/non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso  
l'Azienda n. .... di ..... ambito  
territoriale di..... n. scelte .....
- 4) essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di emergenza  
sanitaria territoriale nella Regione ..... Azienda di  
..... postazione .....
- 5) essere/non essere 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:  
soggetto ..... ore settimanali .....  
via ..... comune ..... tipo di  
rapporto di lavoro ..... dal .....
- 6) essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come  
specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
Azienda ..... branca .....  
ore settimanali .....;  
Azienda ..... branca .....  
ore settimanali .....

7) essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere/non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8, comma 5, decreto legislativo n.502/92:

provincia ..... Azienda .....  
branca ..... dal .....

8) essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n.256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n.257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:

denominazione del corso ..... soggetto che lo svolge..... inizio dal .....

9) operare/non operare 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.502/92 e successive modificazioni:

organismo ..... ore settimanali .....  
comune..... tipo di attività.....  
tipo di lavoro ..... dal .....

10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:

organismo..... ore settimanali .....  
comune..... tipo di attività .....  
tipo di rapporto di lavoro ..... dal .....

11) svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93:

Azienda ..... ore settimanali .....  
dal .....

12) svolgere/non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:

Azienda ..... comune .....  
dal .....

13) avere/non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....

dal .....

14) essere/non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: ..... dal .....

- 15) fruire/non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal .....
- 16) svolgere/non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
 tipo di attività ..... dal .....
- 17) essere/non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:  
 Azienda..... tipo di attività .....  
 ore settimanali ..... dal .....
- 18) operare/non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico .....  
 ..... via .....  
 comune ..... tipo di rapporto di lavoro .....  
 tipo di attività ..... dal .....
- 19) essere/non essere titolare di trattamento di pensione: .....  
 ..... dal .....
- 20) fruire/non fruire del trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui la precedente punto 15):  
 soggetto erogante il trattamento pensionistico.....  
 dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data .....

Firma .....(2)

---

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n.445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".  
 (2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n.445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.