

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ nato/a a _____
il _____ M F C.F. _____
residente a _____ (prov. ____) via _____ cap. _____
n. tel. _____ /cell. _____ e-mail _____
PEC _____ domicilio fiscale (compilare se diverso da
residenza) _____

DICHIARA

ai sensi e agli effetti della legge n. 15/68 e successive modificazioni

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto _____/110 (DL) _____/100 (LS) conseguito/a presso l'Università di _____ in data _____
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____
3. di essere iscritto all'Albo professionale _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal _____
4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
in _____ conseguita il _____ c/o l'Università di _____ con voto _____
in _____ conseguita il _____ c/o l'Università di _____ con voto _____
5. di avere/non avere ⁽¹⁾ subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.
Di essere/non essere ⁽¹⁾ soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine _____
In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

6. di essere nella seguente posizione:
 - a) avere/non avere ⁽¹⁾ un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale
 - b) svolgere/non svolgere ⁽¹⁾ attività di medico di medicina generale convenzionato
 - c) essere/non essere ⁽¹⁾ iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta
 - d) di esercitare/non esercitare ⁽¹⁾ la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'ACN
 - e) operare/non operare ⁽¹⁾ a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il SSN (in caso affermativo, indicare l'Azienda _____)
 - f) svolgere/non svolgere ⁽¹⁾ attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo, indicare l'Azienda _____)

- g) essere/non essere ⁽¹⁾ titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal DPR n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni
- h) essere/non essere ⁽¹⁾ proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN, ai sensi del DPR n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni
- i) operare/non operare ⁽¹⁾ a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78 e dell'art. 8-ter del D.lgs n. 229/99
- l) essere/non essere ⁽¹⁾ titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del DPR n. 292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni
- m) percepire/non percepire ⁽¹⁾ indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____)

7. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

Branca o Area Professionale	presso ⁽²⁾	ore sett.	dal	al
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

NOTE ⁽³⁾

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale – come richiamato dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci – afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

_____ data

_____ firma per esteso

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del vigente ACN
- (3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 18, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.

Se la dichiarazione è presentata personalmente al competente ufficio del comitato zonale la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla. Se, viceversa, la dichiarazione è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed **accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**