

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DI CUI ALL'ALLEGATO "L"  
DELL'ACN PER LA MEDICINA GENERALE****AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il/la sottoscritto/a dott./d.ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

RESIDENTE a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

DOMICILIATO/A a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

ai sensi e agli effetti dell'art. 4, Legge 4 gennaio 1968, n.15 avvalendosi della facoltà concessa dagli art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, 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 assistenza primaria, ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale, con un n° \_\_\_\_\_ massimale di scelte e con n° \_\_\_\_\_ di scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ dell'Azienda

**3)** essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta, ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale, con un n° \_\_\_\_\_ massimale di scelte

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**4)** essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/tempo determinato (1) come Specialista Ambulatoriale convenzionato Interno: (2)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

**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, c. 5, Decreto 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/tempo determinato (1):

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva/disponibilità (1)

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
in forma attiva/disponibilità (1)

**8)** essere/non essere iscritto (1) al Corso di Formazione in Medicina Generale di cui al Decreto L.vo n. 256/91, o a Corso di Specializzazione di cui al Decreto L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_ conseguimento specialità/attestato il \_\_\_\_\_

**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 Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

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, della Legge 833/78 (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

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 n. 626/93

Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

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 (1) attività che possano 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 quelli sopra evidenziati (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 a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

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 titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**20)** fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

Soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato: dal \_\_\_\_\_

**21)** di effettuare/non effettuare (1) attività libero-professionale (indicare attività non compresa nei punti precedenti. In caso negativo scrivere: nessuna)

in qualità di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

NOTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Luogo e 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"**