

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
ALLEGATO I DELL'ACN PER LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
in Via/Piazza _____ n° _____
iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____,
ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità e
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di atti falsi,
richiamate dall'art. 76 del medesimo DPR (sanzioni penali: " *chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o
ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia* ")

DICHIARA DI

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico 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 D.P.R. _____ con massimale di n° _____ scelte.
Periodo dal _____
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato per: (2)
ASST _____ branca _____
per ore settimanali _____
ASST _____ branca _____
per ore settimanali _____
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia di _____ branca _____
Periodo dal _____

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, di continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/tempo determinato (1):
 nella Regione (2) _____ ASST _____
 per ore settimanali _____ in forma Attiva/di Disponibilità (1)
 nella Regione (2) _____ ASST _____
 per ore settimanali _____ in forma Attiva/di Disponibilità (1)
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
 Organismo _____ per ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo dal _____
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)
 Organismo _____ per ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo dal _____
8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
 Azienda _____ per ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____
 Periodo dal _____
9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
 ASST _____ Comune di _____
 Periodo dal _____
10. 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 _____
11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre a quelli sopra evidenziati (*indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna*)

 Periodo dal _____
12. 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):
 Soggetto Pubblico _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

13. essere/non essere titolare (1) in trattamento di pensione a carico di: (2)

Periodo: dal _____

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____
Periodo dal _____

NOTE (indicare le attività espletate non rientranti nelle voci precedenti, es.: libera professione)

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"