

**Allegato I**

**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 veritieri, 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"