

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 15 gennaio 2026**

Allegato L

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che,
ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti
falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,**

dichiara di:

1) ☐ 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 di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ temporaneo ☐ di sostituzione
☐ a tempo determinato di **medico di ruolo unico di assistenza primaria** ai sensi dell'Accordo Collettivo
Nazionale MMG (con n. _____ scelte in carico per l'attività a ciclo di scelta e numero di ore
_____ in attività a rapporto orario, con riferimento al riepilogo mensile del mese di
_____) presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

2) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ temporaneo ☐ di sostituzione
☐ provvisorio di **medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta** ai sensi dell'Accordo
Collettivo Nazionale MMG con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico, con
riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
☐ di sostituzione ☐ provvisorio di **medico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria** ai
sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ di sostituzione di **medico di
medicina dei servizi territoriali** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore
_____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

5) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale** a ☐ tempo
indeterminato / ☐ a tempo determinato, in Regione _____:

Azienda _____ ore sett. _____

Periodo: dal _____

6) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ temporaneo ☐ a tempo determinato ☐ di sostituzione ☐ provvisorio di **medico di assistenza penitenziaria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____, presso la Regione _____

Azienda _____

Periodo: dal _____

7) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ di sostituzione ☐ provvisorio di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso la Regione _____

Azienda _____

Periodo: dal _____

8) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato/ ☐ a tempo determinato come ☐ **specialista ambulatoriale convenzionato interno** ☐ **veterinario**, altra professionalità sanitaria ☐ **biologo** ☐ **chimico** ☐ **psicologo**:

Regione _____ Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Regione _____ Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Regione _____ Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

9) ☐ svolgere / ☐ non svolgere attività di **medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN**:

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

10) ☐ avere / ☐ non avere un rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

11) di essere in possesso:

☐ del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione _____ in data _____ triennio _____/_____

☐ del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

oppure

☐ di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D. L.gs 368/99 e ss.mm.ii. o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia:

Denominazione del corso: _____

Frequentato presso _____

Data inizio corso _____

12) ☐ operare/ ☐ non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

13) ☐ operare / ☐ non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

14) ☐ svolgere/☐ non svolgere funzioni di ☐ **medico di fabbrica** o di ☐ **medico competente** ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

15) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

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

Periodo: dal _____

17) ☐ essere/☐ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o ☐ esercitare/☐ non esercitare attività che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

18) ☐ fruire/☐ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

19) ☐ svolgere/☐ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

20) ☐ operare/ ☐ non operare a qualsiasi titolo per conto di altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

22) non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente da parte dei fondi pensionistici; ☐ beneficiare / ☐ non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'EMPAM:

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

23) non fruire dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 dell'ACN MMG;

24) ☐ avere/☐ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 23/03/2005 e ss.mm.ii. e dall'art. 25 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 15/01/2026 e precedenti 04/04/2024 e 28/04/2022. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni

antecedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

25) ☐ essere / ☐ non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Ordine dei Medici):

26) ☐ avere / ☐ non avere riportato condanne penali e di ☐ avere/ ☐ non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti:

NOTE:

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____ (1)

☐ Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

☐ Firma apposta alla presenza di: _____

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.