

Allegato I

**DICHIARAZIONE 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,

attesta di

☐ essere ☐ non essere titolare di incarico: ☐ a tempo indeterminato ☐ provvisorio ☐ di sostituzione di pediatria di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS 28/04/2022 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo _____ mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

e

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 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: ☐ di sostituzione ☐ provvisorio ☐ a tempo indeterminato di medico Assistenza Primaria ☐ a ciclo di scelta ☐ ad attività oraria convenzionato, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 28/04/2022 e con massimale di n. _____ scelte

Periodo: dal _____

3. ☐ essere ☐ non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato (2):

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____

Periodo: dal _____

4. ☐ svolgere ☐ non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN (2):

Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

5. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico di medico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione (2):
Regione _____ A.S.L. _____ ore settimanali _____
in forma attiva-in forma di disponibilità (1)
Periodo: dal _____
6. ☐ operare ☐ non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):
Organismo _____ ore sett. _____
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 della legge 833/78 (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
8. ☐ svolgere ☐ non svolgere funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii.:
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____
9. ☐ svolgere ☐ non svolgere (1) per conto dell'INPS o della A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2):
A.S.L. _____ Comune di _____
Periodo: dal _____
10. ☐ di fruire ☐ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
11. ☐ non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscono dell'Anticipazione della Prestazione Previdenziale – APP – di cui all'Allegato 5 dell'ACN PLS 28/04/2022).

12. ☐ svolgere ☐ non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo: dal _____

13. ☐ 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 _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

14. ☐ essere ☐ non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di (2):

Periodo: dal _____

15. ☐ 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 _____

16. ☐ essere ☐ non essere iscritto (1) al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. 368/99:

Denominazione del corso: _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

17. ☐ avere/ ☐ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale 15/12/2005 e ss.mm.ii. o dall'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale 28/04/2022. In caso affermativo indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

18. ☐ 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'Albo):

19. ☐ 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: (1)

NOTE: _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____ (2)

☐ Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

☐ Firma apposta alla presenza di: _____

data _____ firma _____ (3)

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non sia sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

(3) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.