

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 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 (1):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico: ☐ di sostituzione ☐ provvisorio ☐ a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ☐ a ciclo di scelta (ex assistenza primaria) ☐ ad attività oraria (ex continuità assistenziale) 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 titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato di specialista ambulatoriale convenzionato (1):

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

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

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

Periodo: dal _____

4. ☐ svolgere ☐ non svolgere attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN (1):
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____
5. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico di medico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato, nella Regione _____ o in altra Regione (1):
Regione _____ A.S.L. _____ ore settimanali _____
in forma attiva-in forma di disponibilità
Periodo: dal _____
6. ☐ operare ☐ non operare 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 (1):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
7. ☐ operare ☐ non operare 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 (1):
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 o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii. (1):
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____
9. ☐ svolgere ☐ non svolgere per conto dell'INPS o della A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (1):
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 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 (1))

Periodo: dal _____

13. ☐ operare ☐ non operare a qualsiasi titolo a favore di 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 titolare di trattamento di pensione a carico di (1):

Periodo: dal _____

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

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento: _____
Periodo: dal _____

16. ☐ essere ☐ non essere iscritto 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:

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: _____

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