

**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 fruiscano 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.