

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009
Allegato L
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____ residente in _____ Via _____
iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e per
ai sensi e per gli effetti dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445:

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 incaricato 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 assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale 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 (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:(2)

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
Periodo: dal _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ branca _____
periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 comma 5 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____
tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione: (2)

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva/in forma di disponibilità (1)
Periodo: dal _____

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione 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 _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni:(2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) 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 (2) :

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) 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 _____

16) svolgere/non svolgere (1) 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 _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1) (2) :

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____

tipo di attività : _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (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, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:(2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

NOTE : _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____(3)

(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".

3) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, 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.