

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009 e ss.mm.ii**

**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  
\_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_, 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 (1):  
Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- 2)  essere /  non essere e titolare di incarico come medico di **assistenza primaria** ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale  
 a tempo indeterminato,  temporaneo,  provvisorio,  di sostituzione,  
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 come medico **pediatra di libera scelta** convenzionato  
 a tempo indeterminato,  provvisorio,  di sostituzione,  
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 titolare di incarico a:  tempo indeterminato/  tempo determinato come **specialista ambulatoriale convenzionato interno:**  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- 5)  essere /  non essere iscritto negli elenchi dei **medici specialisti convenzionati esterni:**  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
periodo: dal \_\_\_\_\_
- 6)  avere /  non avere 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 titolare di incarico di **continuità assistenziale**:  
 a tempo indeterminato  temporaneo,  a tempo determinato  a tempo determinato per **emergenza COVID-19**  a tempo determinato nei GSAT/USCA;  
Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- 8)  essere /  non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale**:  
 a tempo indeterminato  temporaneo  a tempo determinato  incarico a tempo determinato per **emergenza COVID**  
Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- 8 bis)  essere /  non essere titolare del seguente incarico per emergenza COVID-19  
Organismo/Azienda/Ente \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipologia di contratto: \_\_\_\_\_  
Tipo di attività: \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Periodo: \_\_\_\_\_
- 9)  operare/  non operare 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. L.vo 502/92 e successive modificazioni:  
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 :  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di attività \_\_\_\_\_  
tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- 11)  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 \_\_\_\_\_
- 12)  svolgere/ non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:  
Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- 13)  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 \_\_\_\_\_

- 14)  essere/ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 15)  fruire/ non fruire 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 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 titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato:  
Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
tipo di attività: \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- 18)  operare/  non operare 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 di trattamento di pensione a:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
- 20)  fruire /  non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:  
soggetto erogante il trattamento pensionistico: \_\_\_\_\_  
Pensionato dal \_\_\_\_\_
- 21)  avere/non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 22) 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):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23)  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 valido documento di identità

**(1) 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 di dipendente della P.A. addetto, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.**