

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
_____, 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 formalmente 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 titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ di sostituzione ☐ provvisorio
di **assistenza primaria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 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 ☐ a tempo indeterminato ☐ di sostituzione ☐ provvisorio
di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS 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/ ☐ a tempo determinato come
specialista ambulatoriale convenzionato interno:(1)

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** (1):

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** o di ☐ **emergenza sanitaria territoriale** a ☐ tempo indeterminato / ☐ a tempo determinato, in Regione Liguria o in altra Regione: (1)
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ ☐ in forma attiva
/ ☐ in forma di disponibilità ☐ GSAT/USCA
Periodo: dal _____

8) di essere in possesso:

☐ del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione _____ in data _____ triennio _____ / _____
☐ del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

8 bis) ☐ essere / ☐ non essere iscritto a 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 e ss.mm.ii.:

Denominazione del corso : _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

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:(1)

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 (1) :

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** (1) 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: (1)

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: (1)

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: (1) _____

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: (1)

Periodo: dal _____

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

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____
Pensionato dal _____

21) ☐ avere/☐ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

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: (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: _____

(1) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

(2) 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.