

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

All. "D"

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

dichiaro

- 1) essere / non essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. n. ____ di _____
ambito territoriale di _____;
- 2) 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:
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda U.S.L. n. ____
di _____ ambito territoriale di _____;
- 4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale
convenzionato interno:
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
- 5) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni:
Provincia _____ branca _____ dal _____;
- 6) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza
sanitaria territoriale nella Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____;
- 7) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di
specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto che lo svolge _____ inizio dal _____;
- 8) 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 n.502/92 e successive
modificazioni:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di lavoro _____ dal _____;
- 9) operare – non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e
soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della L.833/78:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ dal
_____;
- 10) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:
Azienda _____ ore sett. _____ dal _____;

- 11) svolgere – non svolgere per conto dell’INPS o dell’Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell’ambito del quale può acquisire scelte:
 Azienda _____ Comune _____ dal _____;
- 12) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:
 _____ dal _____;
- 13) essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare /non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:
 _____ dal _____;
- 14) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
 dal _____;
- 15) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
 tipo di attività _____ dal _____;
- 16) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate
 Azienda _____ tipo di attività _____ ore sett. _____ dal _____;
- 17) operare / non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata
 Soggetto pubblico _____
 Via _____ Comune _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Tipo di attività _____ dal _____;
- 18) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:
 _____ dal _____;
- 19) fruire / non fruire del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:
 soggetto erogatore dell’adeguamento _____ dal _____.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma (2) _____

- (1) ai sensi dell’art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia”.
- (2) ai sensi dell’art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.