

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA – ALLEGATO L**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa........................................................................................................................

Nato/a a............................................... il……..................... residente in………................................................

Via/Piazza.................................................................................................. n...................... iscritto all’Albo

dei..........................................………..della Provincia di............................................C.R...............................,

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 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…..............................................................................................................................................

1. 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 …………………………………...……..

Azienda ........................................................................................................................................................

1. 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

Periodo: dal …………………………………………………………………………………………………

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

Azienda ......................................................................................................................................

branca.........................................................................................................................................

ore sett .......................................................................................................................................

Azienda............................................................................. branca.......................................... ore sett.........................................

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

branca........................................................................................................................................................

Periodo: dal...............................................................................................................................................

1. avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92: Azienda……………………………………………………………………………………………………..

Via…………………………………….........................................................................................................

Tipo di attività ……………………………………………………………………………………………..

Periodo: dal ……………………………………………………………………………………………….

1. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione.......................................................................... o in altra Regione (2):

Regione............................................ Azienda......................................... ore sett.................. in forma attiva -in forma di disponibilità (1)

1. essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso ………………………………………………………………………………….

Soggetto pubblico che lo svolge……………………………………………………………………………

Inizio: dal …………………………………………………………………………………………………..

1. 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..L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo…………………………………………………….Ore sett…………………………………..

Via…………………………………………………………Comune di ………………………….………

Tipo di Attività……………………………………………..………………………….………….………

Tipo di rapporto di lavoro………………………………………………….……………………..………

Periodo: dal……………………………………………………………………………………….………

1. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

(2)

Organismo………………………………………………………Ore sett…………………………………..

Via………………………………………………………….. Comune di …………………………………

Tipo di Attività……………………………………………..………………………………………………

Tipo di rapporto di lavoro………………………………….………………….……………………………

Periodo: dal…………………………………………………………………………………………………

1. 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....................................................

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

Azienda..........................................................................................................................................................

Comune di............................................................................. Periodo:dal....................................................

1. 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 …………………………………………………………….…………………………………..

1. essere/non essere (1) 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: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. 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 …………………………………………………………………………………………………

1. svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Periodo: dal ...................................................................................................................................................

1. essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda ………………………………….……….…………Comune ……………………………………

ore sett…………………………………………..……… Tipo di attività …….…………………………..

Periodo: dal ………………………………………………………….…………………………………….

1. 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 di ……………………………………………………………………….…………………….…..

Tipo di attività ………………………………………………………………………..…………………....

Tipo di rapporto di lavoro: …………………………………………………………………………….…..

Periodo: dal ……………………………………………………………………………..…………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Periodo: dal ……………………………………………………………………………………………...….

1. 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.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

Firma digitale

(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"