

DICHIARAZIONE INFORMATIVA  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via / P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_

della Provincia di \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

- 2.** Essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte

Periodo: dal \_\_\_\_\_

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

Azienda \_\_\_\_\_

Branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

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

Provincia \_\_\_\_\_ Branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

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

Regione \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

In forma attiva – in forma di disponibilità (1)

6. Operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimento, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della Legge 833/78: (2)

Organismo \_\_\_\_\_

Ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

7. Operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimento, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della Legge 833/78: (2)

Organismo \_\_\_\_\_

Ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**8.** Svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda \_\_\_\_\_

Ore settimanali \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**9.** 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 \_\_\_\_\_

**10.** 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 \_\_\_\_\_

**11.** 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 scrivere nessuna):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**12.** Operare / non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi altro soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**13.** Essere / non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

---

---

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**14.** Fruire / non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento \_\_\_\_\_

---

Periodo: dal \_\_\_\_\_

NOTE : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondo al vero.

In fede.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(FIRMA)

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio fosse insufficiente utilizzare in calce al foglio alla voce "NOTE"