

# DI CHIARAZIONE INFORMATIVA

## ( Dichiarazione sostitutiva di atto notorio )

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi ed  
agli effetti del T.U. – D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 – Art. 76, consapevole della responsabilità penale cui  
può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

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 \_\_\_\_\_ Comune di  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro  
\_\_\_\_\_ periodo : dal \_\_\_\_\_ ;

2) - essere – non essere ( 1 ) titolare di incarico come medico di Medicina Generale ai sensi del D.P.R.  
\_\_\_\_\_ con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al  
riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ;

3) – essere – non essere ( 1 ) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del  
D.P.R. \_\_\_\_\_ con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte :  
Periodo : dal \_\_\_\_\_ ;

4) – essere – non essere ( 1 ) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato ( 1 )  
come specialista ambulatoriale convenzionato interno ( 2 ) :  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settim. \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settim. \_\_\_\_\_

5) – essere – non essere ( 1 ) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni ( 2 ) :  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_ ;

6) – avere – non avere ( 1 ) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 del Decreto  
Legislativo n. 502 / 92 :  
Azienda \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_ ;

7) – 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 settim. \_\_\_\_\_  
In forma attiva - in forma di disponibilità ( 1 ) ;

8) – 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 :  
Denominazione del corso \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
inizio : dal \_\_\_\_\_ ;

9) – operare – non operare ( 1 ) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 ( 2 ) :

Organismo : \_\_\_\_\_ ore settim. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_ ;

10) – operare – non operare ( 1 ) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 ( 2 ) :

Organismo : \_\_\_\_\_ ore settim. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_ ;

11) - svolgere – non svolgere ( 1 ) funzioni di medico di fabbrica ( 2 ) o di medico competente ai sensi della Legge 626/94 :

Azienda \_\_\_\_\_ ore settim. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_ ;

12) - svolgere – non svolgere ( 1 ) per conto dell' I.N.P.S. o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte ( 2 ) :

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_ ;

13) - avere – non avere ( 1 ) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con Case di Cura private e/o Industrie Farmaceutiche ( 2 ) :

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

14) - essere – non essere ( 1 ) titolare o partecipante di quote di imprese che possano configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro col Servizio Sanitario Nazionale :

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

15) - 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 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

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

16) - svolgere – non svolgere ( 1 ) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti. – in caso negativo scrivere "nessuna" : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

17) – essere – non essere ( 1 ) titolare di incarico nella Medicina dei Servizi o nelle Attività Territoriali Programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato ( 1 ) ( 2 ) :

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore settim. \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_

18)– operare – non operare ( 1 ) a qualsiasi titolo in favore di qualsiasi soggetto pubblico ( 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 \_\_\_\_\_ ;

19)- essere – non essere titolare ( 1 ) di trattamento di pensione a carico di ( 2 ) :

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

20) – fruire – non fruire ( 1 ) di 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:

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

Al fine di avvalermi dell'istituto dell'autocertificazione, allego fotocopia di valido documento di riconoscimento, ancorché non autenticata .

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. In fede

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

( 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"

---

Autorizzo l'Amministrazione alla trattazione di tutti i dati elencati nella presente dichiarazione nel rispetto degli artt. 9 , 10 e 11 della L. 31.12.'96 n. 675 e successive modificazioni

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

---