

Allegato I

**DICHIARAZIONE 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,

attesta di

non essere titolare di incarico di pediatria di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo
Nazionale vigente

di essere titolare di incarico: a tempo determinato provvisorio a tempo
indeterminato, di pediatria di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente con
massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo
mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____

e

dichiara formalmente di:

- essere non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo
definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati
(2) :
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
- essere non essere (1) titolare di incarico di Assistenza Primaria convenzionato, ai sensi
dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e con massimale di n. _____
scelte
Periodo: dal _____
- essere non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1)
come specialista ambulatoriale convenzionato (2) :
A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____
A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____
A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____
Periodo: dal _____

4. essere non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):
 Provincia _____ branca _____
 Periodo: dal _____
5. essere non essere titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione (2):
 Regione _____ A.S.L. _____ ore settimanali _____
 in forma attiva-in forma di disponibilità (1)
 Periodo: dal _____
6. operare non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):
 Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____
7. 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 della legge 833/78 (2):
 Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____
8. svolgere non svolgere 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 _____
9. svolgere non svolgere (1) per conto dell'INPS o della A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2):
 A.S.L. _____ Comune di _____
 Periodo: dal _____
10. di fruire non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
11. di fruire non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

12. svolgere non svolgere (1) altra attività 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 _____

13. operare non operare (1) a qualsiasi titolo a 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):

Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

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

Periodo: dal _____

15. 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 _____

16. essere non essere iscritto (1) a corso di formazione 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:

Denominazione del corso: _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

NOTE: _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

data _____ firma _____ (3)

(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"

(3) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.