

AII. 2

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ Via/Piazza _____ 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:

(Barrare la dichiarazione)

- 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 (1):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____;

- essere
- non essere

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 _____

- essere
- non essere

titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta 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 _____

- essere
- non essere

titolare di incarico a tempo indeterminato / determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (1)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____;

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____;

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

- essere
 non essere

iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (1):

Provincia _____ branca _____ Periodo: dal _____;

- avere
 non avere

un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____;

- essere
 non essere

titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Regione SARDEGNA (1):

Azienda _____ ore sett. _____ in forma attiva / di disponibilità

- essere
 non essere

iscritto 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 _____;

- 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: (1)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

Periodo: dal _____

- operare
- non operare

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:(1)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

- svolgere
- non svolgere

funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

- svolgere
- non svolgere

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

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

- avere
- non avere

qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (1)

Periodo: dal _____

- essere
- non essere

titolare o partecipante di quote di imprese o

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

- esercitare
- non esercitare

attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

- fruire
- non fruire

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 _____

- svolgere
- non svolgere

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 _____

- essere
- non essere

titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

- operare
- non operare

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 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE" o allegare dichiarazione supplementare

Periodo: dal _____

- essere
- non essere

titolare di trattamento di pensione a: (1)

Periodo: dal _____

- fruire
- non fruire

di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (1)

Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 – testo integrato con l’A. C. N. 29 luglio 2009

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce “NOTE” o allegare dichiarazione supplementare