

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009 e ss.mm.ii.

Allegato L

AUTOCERTIFICAZIONE 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,

dichiara formalmente di:

1) 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:

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di sostituzione provvisorio di **medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 28/04/2022 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

2bis) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo indeterminato di sostituzione provvisorio di **medico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 28/04/2022 con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di sostituzione provvisorio di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/ a tempo determinato come **specialista ambulatoriale convenzionato interno**:

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

5) svolga / non svolga attività di **medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN**:

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

6) avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) essere / non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale** a tempo indeterminato / a tempo determinato, in Regione Liguria o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

Periodo: dal _____

8) di essere in possesso:

del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione _____ in data _____ triennio _____/_____

del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

8 bis) essere / non essere iscritto a corso di formazione specifica 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. L.gs 368/99 e ss.mm.ii.:

Denominazione del corso: _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) 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 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

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

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal _____

14) essere/ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) fruire/ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

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

Periodo: dal _____

17) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato:

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____

tipo di attività: _____

Periodo: dal _____

18) operare/ non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) fruire / non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente da parte dei fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15 e beneficiare / non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'EMPAM:

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

20) avere/ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 23/03/2005 e ss.mm.ii. e dall'art. 25 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 28/04/2022. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

21) essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Ordine dei Medici):

22) avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

NOTE:

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____ (1)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

Firma apposta alla presenza di: _____

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