

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI
MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE
MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI APPROVATO DALLA CONFERENZA STATO E REGIONI IL
29/7/2009**

ALLEGATO L.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ il _____

RESIDENTE a _____ Via/Piazza _____ n° _____

DOMICILIATO a _____ Via/Piazza _____ n° _____

iscritto all'albo dei _____ della Provincia di _____
ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n.15 avvalendosi della facoltà concessa dagli art.46, 47 del DPR
28/12/2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato DPR per le ipotesi di falsità in atti e
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 _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

**2) essere - non essere (1) titolare di incarico come medico 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 _____**

**3) essere - non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo
Collettivo Nazionale 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 settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

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, Decreto L.vo 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 sett. _____
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 L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____ conseguimento specialità/attestato il _____

9) operare - non operare (1) 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 decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni (2):

Organismo _____ ore settimanali _____
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 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 _____

11) svolgere - non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n.626/93

Azienda _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) 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 _____

13) avere - non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere - non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il 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 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

16) 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 scrive : nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere – non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

18) operare – non operare (1) 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 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: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire - non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

Soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato: dal _____

**21) di effettuare – non effettuare attività libero-professionale (indicare attività non compresa nei punti precedenti – in caso negativo scrivere: nessuna) in qualità di _____ presso _____
per n° _____ ore settimanali _____**

NOTE: _____

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"