

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/la sottoscritto/a dott./Dr.ssa .....

nato/a a ..... il .....

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

### DICHIARA

1) essere/non essere titolare di incarico di continuità assistenziale presso la Regione ..... ASP di ..... Presidio ..... ore settimanali n. ....;

2) essere/non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'ASP di ..... ambito territoriale di ..... n. scelte .....

3) essere/non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l' ASP di ..... ambito territoriale di ..... n. scelte .....

4) essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di emergenza sanitaria territoriale nella Regione ..... Azienda ..... ore sett.....;

5) 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 .....

tipo di rapporto di lavoro ..... dal .....

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

– azienda .....

branca ..... ore sett. ....;

7) essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere/non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8 e 5 D.L.vo: 502/92:

– Provincia ..... Azienda .....

branca ..... dal.....;

8) essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n.256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99:

Denominazione del corso .....

Soggetto 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 decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

– Organismo ..... ore sett. ....

Comune ..... Tipo di attività .....

Tipo di lavoro ..... dal .....

10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78:

– organismo ..... ore sett. ....

comune ..... tipo di attività .....

tipo di lavoro ..... dal .....

11) svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:

– azienda ..... ore sett. ....

dal .....

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

– azienda ..... comune .....

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:

– ..... dal .....

14) essere/non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

– ..... dal .....

15) fruire/non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:

– dal .....;

16) svolgere/non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:

– tipo di attività ..... dal .....

17) essere/non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:

– azienda ..... tipo di attività .....

ore sett. .... dal .....

18) operare/non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata:

– soggetto pubblico ..... via .....

comune ..... tipo di rapporto di lavoro .....

tipo di attività ..... dal .....

19) essere/non essere titolare di trattamento di pensione:

– ..... dal .....

20) fruire/non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):

Soggetto erogante il trattamento pensionistico ..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data ..... Firma (2) (3) .....

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento