

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
ANNO _____

ALL'ASL NO
SEDE DEL COMITATO ZONALE
VIALE ROMA 7
28100 NOVARA (NO)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ (_____) il _____ Codice
fiscale _____ Comune di residenza _____
(_____) Indirizzo _____ n° _____ Cap _____
Telefono _____ e-mail _____
Pec _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato sostituto/incaricato
provvisorio

nella branca di _____ dal _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

di svolgere la propria attività presso i sotto indicati presidi:

Decorrenza	ASL/AOU/Enti	Ore sett.li	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì

*Specificare l'orario di inizio e fine attività per ogni giorno.
Da non compilarsi in caso di incarico provvisorio.*

TOTALE ORE SETTIMANALI _____

DICHIARA ALTRESÌ

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
3. di esercitare / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere / non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2 vigente ACN;
6. di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
7. di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di esercitare / non esercitare (1) la professione medica / sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi;
9. di svolgere / non svolgere attività di medico libero professionista presso:
 - _____
(denominazione dell'Ente, Struttura, Azienda)
località _____ via _____ n. _____
 - studio privato
10. di svolgere / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;
12. di operare / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al vigente ACN e secondo modalità stabilite a livello regionale;

13. di essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

14. di essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazioni di cui al D.lgs 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

15. di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;

16. di avere / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'ACN vigente *(in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, la data e la durata)* _____

17. di essere / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____

18. di avere / non avere (1) riportato condanne penali e di avere / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

19. di percepire / non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta e la misura dell'indennità percepita* _____).

(1) Cancellare la parte che non interessa

NOTE

Si impegna altresì a comunicare ogni variazione in merito a quanto sopra riportato ed ai sensi dell'art. 27 comma 3 e dell'art. 28 comma 5 ACN 31.03.2020 e s.m.i. dei Medici Specialisti, Veterinari e Professionisti a comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale.

Il sottoscritto si impegna a fornire formale rinuncia alle ore eccedenti, qualora venga superato il massimale orario settimanale previsto dall'ACN vigente.

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

Data _____ Firma per esteso _____