

A.C.N. PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (All. I)
DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____
iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di _____
ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000;

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 incarico 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 di medicina generale ai sensi del D.P.R.

_____ con massimale di n. _____ scelte
Periodo dal _____

2. bis essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato come pediatra di libera scelta presso: _____

Periodo dal _____

2. ter essere / non essere (1) titolare di incarico provvisorio come pediatra di libera scelta presso:

Periodo dal _____

3. essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato / a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato (2):

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

4. essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni :

Provincia _____ branca _____

Periodo dal _____

5. 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 _____ A.S.L. _____ ore sett.li _____

in forma attiva / in forma di disponibilità (1)

6. operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____

7. operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):

Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____

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

Azienda _____ ore sett. _____ Via _____
Comune di _____
Periodo dal _____

9. svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale nel quale può acquisire scelte: (2):

A.S.L. _____ Comune di _____
Periodo : dal _____

10. 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 _____

11. 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:

12. 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 dal

13. svolgere / non svolgere (1) 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 _____

14. operare / non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (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):

Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo dal _____

15. essere / non essere (1) dipendente in quiescenza.

In caso di risposta affermativa:

a. specificare Ente di appartenenza: _____

b. specificare funzioni ed attività svolte durante l'ultimo anno di attività come dipendente:

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".