

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....) indirizzo
.....n.....Cap....., ai sensi dell'art. 47
del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali
conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del
medesimo Decreto,

DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*).....
- di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno
dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. ;
- di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito presso l'Università
di..... in data...../...../....., con voti di senza lode
 con lode;

- di essere abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella
sessione..... presso l'Università di.....;

- di essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi presso l'Ordine provinciale
/regionale di.....dal...../...../.....;

- di essere in possesso della/e seguente/i specializzazione/i in:

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voti..... senza lode con lode;
..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voti..... senza lode con lode;
..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voti..... senza lode con lode;

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza
competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza
sociale;

- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente (tale
incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni
delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti
previdenziali, ove previsto o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale -
APP);

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale;

di essere non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, nonché del Regolamento Europeo 27 aprile 2016, n. 2016/679/UE, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a.....nato/a
a..... (prov.....) il.....
Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....
PEC.....e-mail.....

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

1. di essere / non essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere 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 e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere attività di medico di medicina generale;
6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale;
7. di essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale;
8. di esercitare/non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale, che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi (*in caso affermativo indicare*

la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);

9. di svolgere/non svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
10. di fruire/non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
11. di operare/non operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (*in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività* _____);
12. di essere /non essere 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 e integrazioni;
13. di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
14. di fruire/non fruire di trattamento di quiescenza;
15. di avere/non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, la data e la durata* _____);
16. di essere/non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei medici chirurghi di _____. *In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):* _____;
17. di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
18. di percepire/non percepire 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 _____*).

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

La domanda deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente alla copia del documento di identità.