

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
Nato/a a _____ (prov. _____) il _____
Comune di residenza _____ (prov. _____) Cap _____
Indirizzo _____ n° _____
Recapito Telefonico _____ E- mail _____

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere non essere titolare di altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e 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 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 esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il S.S.N.;
5. svolgere non svolgere attività di medico di medicina generale;
6. svolgere non svolgere attività di pediatra di libera scelta;
7. di essere non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo):
Azienda Sanitaria Locale: _____
Decorrenza incarico: _____
(indicare la sede e la decorrenza dell'incarico a tempo indeterminato)
8. di essere non essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. esercitare non esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'A.C.N. 31 marzo 2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi;
(in caso affermativo indicare la struttura o l'ente e il tipo di attività)

10. svolgere non svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. 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;
12. 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 e il tipo di attività)
- _____
- _____
13. 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, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992 n° 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. 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 modificazioni ed integrazioni;
15. di fruire non fruire di trattamento di quiescenza;
16. di avere non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'A.C.N.;
- (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____)
17. di essere non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale _____ 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 riportato condanne penali e di avere non avere procedimenti penali pendenti;
19. 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 saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'azienda ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità.

Data _____

Firma per esteso _____