

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ Prov. ____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

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 incaricato a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale, presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ dal ___/___/____;

2) essere/non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ N° ____ ambito territoriale di n° scelte _____;

3) 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 _____;

4) essere/non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda Sanitaria Provinciale N° _____ di _____ ambito territoriale di _____ n° scelte _____;

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

A.S.P. N° ____ BRANCA _____ Ore Settimanali N° _____;

A.S.P. N° ____ BRANCA _____ Ore Settimanali N° _____;

6) essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale nella Regione _____ Azienda _____ 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, comma 5 d.l. n° 502/92 e successive modificazioni:

Provincia _____ Branca _____ dal _____;

8) essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n.256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n.257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 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 settimanali _____ Comune _____

tipo di attività _____ tipo di lavoro _____ dal _____

- 10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:
 organismo _____ ore settimanali _____ comune _____
 tipo di attività _____ tipo di rapporto 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 settimanali _____ 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 ditta: _____ 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 _____ Comune _____
 via _____ 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, di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (vedi punto 15):
 soggetto erogatore dell'adeguamento _____ dal _____

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

Palermo li; _____ FIRMA Dr _____ (2)

(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.445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.