

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

## Allegato L dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato  
 a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_,  
 ai sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

**Dichiara**

1. di 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 di..... Tipo di rapporto di lavoro..... Periodo: dal.....

2. di essere/non essere titolare di incarico come medico di Assistenza Primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_  
 Azienda \_\_\_\_\_

3. di essere/non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte. Periodo: dal \_\_\_\_\_ -

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

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

5. di essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo: dal.....

6. di avere/non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.

502/92: Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività .....

Periodo: dal .....

7. di essere/non essere titolare di incarico di guardia medica, nella Continuità Assistenziale o nell'Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Regione Calabria o in altra Regione:

Regione: \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

ore sett. \_\_\_\_\_ , in forma attiva o in forma di disponibilità

8. di essere/non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n.256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_ Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal .....

9. di 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

Organismo \_\_\_\_\_ Ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di Attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal .....

10. operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo \_\_\_\_\_ Ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di Attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal .....

11. svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

12. svolgere/non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: 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:

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**14.** essere/non essere 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15.** fruire/non fruire 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: Periodo: dal \_\_\_\_\_

**16.** svolgere/non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scriva: nessuna)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**17.** essere/non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore  
sett. \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_ periodo: dal \_\_\_\_\_

**18.** operare/non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai punti 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai punti 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

**19.** essere/non essere titolare di trattamento di pensione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

**20.** fruire/non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:

Pensionato dal \_\_\_\_\_Soggetto erogante trattamento pensionistico:

21. di avere/non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_

22. di essere/ non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici , la durata e la data (in caso di sospensione/cancellazione dall'Albo)\_\_\_\_\_

23. di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti:\_\_\_\_\_

**NOTE:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Indicazioni per la compilazione:** cancellare la parte che non interessa ("essere" o "non essere"-avere/non avere) e completare con le notizie richieste negli appositi spazi; qualora necessario utilizzare lo spazio in calce al foglio alla voce **NOTE**.