

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 _____

Barc n. 52 del 7 Luglio 2021

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 ^{Baric n. 32 del 7 Luglio 2021} 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) _____
Burc n. 52 del 7 Luglio 2021

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**.