

DICHIARAZIONE INFORMATIVA  
(dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)  
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritt ... dott./dott.ssa

..... nato/a a ..... il .....

Cittadinanza ..... Residente in ..... Via/Piazza ..... n. ....  
..... iscritto all'albo dei medici chirurghi e Odontoiatri della Provincia di ....., n. ....,  
ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.,

**dichiara formalmente di**

- 1) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> 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 <sup>(2)</sup>  
Soggetto ..... Ore settimanali .....  
Via ..... Comune di .....  
Tipo di rapporto di lavoro ..... periodo dal ..... al .....
- 2) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale con massimale di n. .... scelte e con n. .... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di .....  
ASSL .....
- 3) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, con massimale di n. .... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di .....  
ASSL .....
- 4) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato<sup>(1)</sup> come specialista ambulatoriale convenzionato interno<sup>(2)</sup>:  
ASSL ..... branca ..... ore settimanali .....
- 5) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni<sup>(2)</sup>:  
Provincia ..... branca ..... periodo: dal .....
- 6) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato<sup>(1)</sup>, nella Regione ..... o in altra regione<sup>(2)</sup>  
Regione ..... ASSL ..... ore settimanali.....in forma attiva – in forma di disponibilità<sup>(1)</sup>;
- 7) Di operare/non operare<sup>(1)</sup> a qualsiasi titolo in e /o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate che abbiano accordi contrattuali con le aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.: <sup>(2)</sup>  
Organismo .....ore sett. ....  
Via ..... Comune di .....  
Tipo di attività .....  
Tipo di rapporto di lavoro .....  
Periodo: dal .....;

- 8) Di operare/non operare<sup>(1)</sup> a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate, o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della L. 833/78: <sup>(2)</sup>  
Organismo .....ore sett. ....  
Via ..... Comune di .....  
Tipo di attività .....  
Tipo di rapporto di lavoro .....  
Periodo: dal .....;
- 9) Di svolgere/non svolgere<sup>(1)</sup> funzioni di medico di fabbrica<sup>(2)</sup> o di medico competente ai sensi del D.lgs n. 81/2008:  
Azienda .....ore sett. ....  
Via ..... Comune di .....  
Periodo: dal .....;
- 10) Di svolgere/non svolgere<sup>(1)</sup> per conto dell'INPS o dell'azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: <sup>(2)</sup>  
Azienda .....ore sett. ....  
Comune di .....  
Periodo: dal .....;
- 11) Di fruire/non fruire<sup>(1)</sup> del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della previdenza sociale;
- 12) Di svolgere/non svolgere<sup>(1)</sup> altre attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)  
.....  
.....  
Periodo: dal .....
- 13) Di operare/non operare<sup>(1)</sup> 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 nn. 1,2,3,4 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5,6,7):  
Soggetto pubblico .....  
Via ..... Comune di .....  
Tipo di attività .....  
Tipo di rapporto di lavoro .....  
Periodo: dal .....;
- 14) Di fruire/non fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente a carico del .....  
Periodo: dal .....;
- 15) Di fruire/non fruire<sup>(1)</sup> del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: <sup>(2)</sup> soggetto erogante il trattamento di adeguamento  
.....  
Periodo: dal.....;
- 16) Di essere/non essere iscritto <sup>(1)</sup> a corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai Decreti legislativi nn. 256/91, 257/91, 368/99, e 277/2003:  
Denominazione corso .....  
Soggetto pubblico che lo svolge .....  
Inizio: dal .....

17) Di avere/non avere<sup>(1)</sup> qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche<sup>(2)</sup>

.....  
.....

18) Di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale<sup>(2)</sup>

.....  
.....

NOTE:

.....  
.....  
.....  
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero<sup>(3)</sup>

Data ..... Firma del dichiarante<sup>(4)</sup> .....

---

<sup>(1)</sup> cancellare la parte che non interessa

<sup>(2)</sup> completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

<sup>(3)</sup> l'Amministrazione può svolgere, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti al presente comunicato, in attuazione all'art. 71 del DPR n. 445.

Ai sensi e agli effetti degli artt. 75 e 75 del DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

<sup>(4)</sup> ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., le istanze e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata **se vengono trasmesse unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.**