

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto Dott. ....  
 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

**D I C H I A R A**

- 1) 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 .....
- 2) essere/non essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Azienda unità sanitaria locale n. .... di ..... ambito territoriale di .....
- 3) essere/non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda unità sanitaria locale n. .... di ..... ambito territoriale di.....
- 4) essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
 Azienda ..... branca ..... ore settimanali .....;  
 Azienda ..... branca ..... ore settimanali .....
- 5) essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:  
 provincia ..... branca ..... dal .....
- 6) essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione .....  
 Azienda ..... ore settimanali .....
- 7) 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 .....
- 8) 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 .....
- 9) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o 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 .....

- 10) svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:  
 Azienda ..... ore settimanali ..... dal .....;
- 11) svolgere/non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:  
 Azienda ..... comune ..... dal .....;
- 12) avere/non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:..... dal .....;
- 13) 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: ..... dal .....;
- 14) 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 .....;
- 15) svolgere/non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
 tipo di attività ..... dal .....;
- 16) essere/non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:  
 Azienda..... tipo di attività .....  
 ore settimanali ..... dal .....;
- 17) 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 .....  
 ..... via ..... comune .....  
 ..... tipo di rapporto di lavoro ..... tipo di attività ..... dal .....;
- 18) essere/non essere titolare di trattamento di pensione: .....  
 ..... dal .....;
- 19) fruire/non fruire del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

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

Data .....

Firma .....

- 
- (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.