

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

**dichiaro**

- 1) essere / non essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'A.S.P. n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- 2) 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 \_\_\_\_\_
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'A.S.P. 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 sett. \_\_\_\_\_
- 5) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati 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 sett. \_\_\_\_\_;
- 7) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 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 D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni:  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ 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 L.833/78:  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ 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 L.626/93:  
Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ 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 14/10/76 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 sett. \_\_\_\_\_ 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 (2) \_\_\_\_\_

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 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. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.