

Autocertificazione informativa

Il sottoscritto Dr. nato a (Prov.)
il/...../..... M ☐ F ☐ Codice fiscale n°
Residente a Via N°
Cap. Tel. Cell.
Con recapito professionale nel Comune di (Prov.)
Indirizzo Via N° Cap.
Tel.

Dichiara, ai sensi ed agli effetti del DPR 445/2000 e s.m.i.

- 1) di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in (medicina e chirurgia o Odontoiatria e protesi dentaria o medicina veterinaria o biologia o chimica o psicologia) con voto/110 (DL)/100 (LS) conseguito presso l'Università di in data/...../.....
- 2) di essere abilitato all'esercizio della professione di (medico chirurgo o odontoiatra o medico veterinario o biologo o chimico o psicologo) nella sessione presso l'Università di
- 3) di essere iscritto all'Albo professionale (dei medici chirurghi o degli odontoiatri o degli odontoiatri o dei veterinari o dei biologi o dei chimici o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di dal/...../.....
- 4) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
in conseguita presso l'Università di il/...../..... con voto
in conseguita presso l'Università di il/...../..... con voto
in conseguita presso l'Università di il/...../..... con voto
- 5) di avere / non avere subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi
Di essere / non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine
In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:
.....
- 6) di essere nella seguente posizione:
 - a) avere / non avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi Ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale
 - b) svolgere / non svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato
 - c) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta
 - d) esercitare / non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito orfettariamente presso Enti o Strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente

e) operare / non operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N.
In caso affermativo indicare l'Azienda.....

f) svolgere / non svolgere attività fiscali per conto di Aziende

In caso affermativo indicare l'Azienda.....

g) essere / non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R n°119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art 8, comma 5, del D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni

h) essere / non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore responsabile di strutture convenzionate con il SSN, ai sensi del D.P.R n° 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art 8 del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni

i) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate od accreditate con le Aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 e dell'art 8-ter del D.L.vo 229/99

l) essere / non essere titolare d'incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del DPR n. 292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto ai sensi dell'art.8 del D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni

m) percepire / non percepire indennità di rischio in base ad altro rapporto di lavoro

In caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svoltae la misura dell'indennità percepita.....

n) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato all'interno delle strutture del SSN e/o di Enti che applicano le norme dell'ACN vigente.

In caso affermativo, indicare Azienda e/o Ente, ore settimanali, decorrenza incarico

o) di essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato all'interno delle Strutture del SSN e/o di Enti che applicano le norme dell'ACN vigente.

In caso affermativo, indicare Azienda e/o Ente, ore settimanali, decorrenza incarico

p) di essere / non essere nelle condizioni previste dall'art.5, comma 9 del D.L. 95/2012, modificato dall'art.6, comma 1 del D.L. 90/2014.

Il sottoscritto, consapevole, delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 D Lgs. 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso.....