

PARTE SECONDA

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a Dr , nato a (prov.)
Comune di residenza..... (prov.)
Indirizzo via..... n Cap.....
Telefono fisso..... mobile.....
Recapito professionale nel Comune di..... (prov.)
via..... n Cap..... telefono

dichiara ai sensi e agli effetti del D.P.R. 245/2000 e successive modificazioni

1. Di essere laureato/a in (medicina e chirurgia o odontoiatria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto..... presso l'Università di
..... in data.....

2. Di essere abilitato/a all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo o odontoiatria, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione..... presso l'Università di.....

3. Di essere iscritto/a all'Albo Professionale (dei medici e chirurghi o degli odontoiatri, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di..... dal.....

4. Di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

- branca..... conseguita il.....presso l'Università di..... con voto.....
- branca..... conseguita il.....presso l'Università di..... con voto.....
- branca..... conseguita il.....presso l'Università di..... con voto.....
- branca..... conseguita il.....presso l'Università di..... con voto.....

1

25. Di essere in possesso delle seguenti libere docenze:

branca.....con Decreto Ministeriale del
branca.....con Decreto Ministeriale del.....
branca.....con Decreto Ministeriale del.....

6. di essere in possesso dei seguenti dottorati di ricerca:

branca.....con Decreto Ministeriale del
branca.....con Decreto Ministeriale del.....
branca.....con Decreto Ministeriale del.....

7. Di aver / non aver (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.

Di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

8. di essere nella seguente posizione:

- a) avere/ non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;
- b) svolgere/ non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato;
- c) essere/ non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;
- d) esercitare/ non esercitare (1) la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale in vigore;
- e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate al S.S.N. (in caso affermativo indicare l'Azienda.....);
- f) svolgere/ non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende. (in caso affermativo indicare l'Azienda.....);
- g) essere/non essere (1) titolare di un rapporto di lavoro 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.Lvo n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- h) essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n.120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art.8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- i) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n.833/78 e dell'art. 8-ter del D.Lvo n. 229/99;
- l) essere/non essere (1) titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. n.292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- m) percepire/non percepire (1) indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta
.....E la misura dell'indennità percepita.....)

9. Di aver svolto la seguente attività professionale nella branca come sostituto, incaricato provvisorio e a tempo determinato:

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente l'anno 2000)

- Branca..... A.S.L./A.O.....
dal..... al..... ore totali
- Branca..... A.S.L./A.O.....
dal..... al..... ore totali
- Branca..... A.S.L./A.O.....
dal..... al..... ore totali
- Branca..... A.S.L./A.O.....
dal..... al..... ore totali
- Branca..... A.S.L./A.O.....
dal..... al..... ore totali
- Branca..... A.S.L./A.O.....
dal..... al..... ore totali
- Branca..... A.S.L./A.O.....
dal..... al..... ore totali

NOTE (2)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o 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. 10 della legge 675/96 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____ Firma per esteso _____

- (1) Cancellare la parte che non interessa
- (2) Spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

N.B. la presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 24, relative alle modificazioni del proprio stato di servizio.