

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA**  
**(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO)**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Iscritto all'albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_  
ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15

**dichiara formalmente di**

1. 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 \_\_\_\_\_
2. essere - non essere <sup>(1)</sup> titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. \_\_\_\_\_ con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al ripiegolo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_
3. essere - non essere <sup>(1)</sup> titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. \_\_\_\_\_ con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
4. 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>;  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_
5. essere - non essere <sup>(1)</sup> iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni <sup>(2)</sup>;  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
6. essere - non essere <sup>(1)</sup> un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, D.L.vo n. 502/92:  
Azienda \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
7. 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 \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
In forma attiva - In forma di disponibilità <sup>(1)</sup>
8. essere - non essere <sup>(1)</sup> iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:  
Denominazione del corso \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio: dal \_\_\_\_\_
9. operare - non operare <sup>(1)</sup> 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 <sup>(2)</sup>;  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
10. 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 L. 833/78 <sup>(2)</sup>;  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

11. svolgere - non svolgere<sup>(1)</sup> funzioni di medico di fabbrica <sup>(2)</sup> o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:  
 Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
12. svolgere - non svolgere<sup>(1)</sup> per conto dell'INPS o della Azienda di Iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte<sup>(2)</sup>:  
 Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
13. 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>:  
 \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
14. essere - non essere<sup>(1)</sup> titolare o partecipante di quote di impresa o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:  
 \_\_\_\_\_
15. fruire - non fruire<sup>(1)</sup> del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
16. svolgere - non svolgere<sup>(1)</sup> altra attività sanitaria 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 \_\_\_\_\_
17. essere - non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato<sup>(1) (2)</sup>:  
 Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Comune di \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
18. 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 o al rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):  
 Soggetto pubblico \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
19. essere - non essere<sup>(1)</sup> titolare di trattamento di pensione a<sup>(2)</sup>:  
 \_\_\_\_\_  
 Periodo: dal \_\_\_\_\_
20. 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 \_\_\_\_\_

#### NOTE

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- (1) - cancellare la parte che non interessa;  
 (2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".