

**A.C.N. PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (All. I)**  
**DICHIARAZIONE INFORMATIVA**  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
iscritto all' Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_  
ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000;

**Dichiara formalmente di:**

**1.** essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2) :

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_

**2.** essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R.

\_\_\_\_\_ con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte  
Periodo dal \_\_\_\_\_

**2. bis** essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato come pediatra di libera scelta presso: \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_

**2. ter** essere / non essere (1) titolare di incarico provvisorio come pediatra di libera scelta presso:

\_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_

**3.** essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato / a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato (2):

A.S.L. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

**4.** essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni :

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_

**5.** essere / non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra Regione (2):

Regione \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_ ore sett.li \_\_\_\_\_

in forma attiva / in forma di disponibilità (1)

**6.** operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_

**7.** operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_

**8.** svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93 :

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_

**9.** svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale nel quale può acquisire scelte: (2):

A.S.L. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo : dal \_\_\_\_\_

**10.** avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**11.** essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12.** fruire / non fruire (1) 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 dal

\_\_\_\_\_

**13.** svolgere / non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna) \_\_\_\_\_

Periodo : dal \_\_\_\_\_

**14.** operare / non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_

**15.** essere / non essere (1) dipendente in quiescenza.

In caso di risposta affermativa:

a. specificare Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_

b. specificare funzioni ed attività svolte durante l'ultimo anno di attività come dipendente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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".