

All'A.S.S.T. Lariana

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....(prov.....)
il.....M__F__CodiceFiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo.....n.Cap.....
telefono.....
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.,

DICHIARA

in risposta alle ultime pubblicazioni d'incarichi di Specialistica Ambulatoriale Interna, sul sito dell'ASST Lariana, sede del Comitato Zonale Como Varese:

1) di essere cittadino italiano;

1a) di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*).....

2) di possedere il diploma di laurea (DL) la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):

2a) diploma di laurea con voto/110 senza lode con lode, conseguito presso l'Università di..... in data...../...../.....;

2b) laurea specialistica/magistrale con voto/100 senza lode con lode conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....;

3) di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione..... presso l'Università di.....;

4) di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di..... dal.....;

5) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

5a)..... conseguita
il...../...../..... presso l'Università di..... con voto.....
senza lode con lode;

5b)..... conseguita
il...../...../..... presso l'Università di.....con voto.....
senza lode con lode;

6) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

7) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP));

8) di avere svolto e di svolgere l'attività in qualità di **medico specialista / professionista ambulatoriale** ai sensi dell'A.C.N 4.4.2024 a **tempo indeterminato:**

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal	al
.....
.....
.....
.....

9) di 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.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

10) di esercitare / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

11) di svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale o di medico pediatra di libera scelta, disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;

12) di svolgere / non svolgere (1) attività di medico dipendente del S.S.N. a tempo indeterminato, disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (in caso affermativo indicare la struttura e la sede nella quale si opera.....);

13) di svolgere attività a tempo indeterminato in qualità di dirigente medico dipendente del S.S.N. dal (da compilare solo in caso si svolga attività al punto 12);

14) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

15) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

16) di esercitare / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività.....);

17) di svolgere / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

18) di operare / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____);

19) di essere / non essere (1) 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.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

20) di essere / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

21) di avere / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);

22) di essere / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

23) di avere / non avere (1) riportato condanne penali;

24) di avere / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

25) di percepire / non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____);

26) di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere preventivamente ogni situazione di incompatibilità, presente e futura, prevista dal vigente A.C.N. 4.4.2024.

NOTE (3)

.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 4.4.2024 e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data..... Firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata **unitamente a copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.