

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Codice ENPAM: \_\_\_\_\_  
Iscritto all'albo dei \_\_\_\_\_ nella Provincia di \_\_\_\_\_  
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**

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. 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;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo), con anzianità nell'incarico a decorre dal \_\_\_\_\_;
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

**N.B. In caso di risposta affermativa ai punti 7 o 8, è necessario specificare le ore di incarico, l'ASP relativa e l'anzianità di servizio nell'incarico, indicandoli nella sezione "note".**

9. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto ,incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente):

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

10. 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 Servizio Sanitario Nazionale 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* \_\_\_\_\_ );

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

12. di fruire/non fruire (1) 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;

13. 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* \_\_\_\_\_ );

14. 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;

15. 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;

16. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

17. 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* \_\_\_\_\_ );

18. 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):* \_\_\_\_\_;

19. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

20. 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 \_\_\_\_\_*).

NOTE (3)

---

---

---

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

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).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario

\_\_\_\_\_

- (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.*

**N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.**