

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)  
il..... M\_ F\_\_ Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo Via .....n.....Cap..... telefono.....  
Recapito professionale nel Comune di.....( prov.....)  
Via.....n.....Cap.....telefono.....

Dichiara, ai sensi e agli effetti del D.P.R 445/2000,

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, biologia, chimica, psicologia) con voto ...../110 (DL) ...../100 (LS) conseguito/a presso l'Università di..... in data.....

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

3. di essere iscritto all'Albo professionale..... (dei medici 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:  
in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....  
in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....  
in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....  
in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....

5. di avere / non avere (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:  
.....

6. 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 forfetariamente 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

e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il 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 convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni

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 quater del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e 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.L.vo n. 502/1992 s.m.;

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.L.vo 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.....)

7. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

Branca o area professionale presso (2)..... ore sett..... Dal..... al.....  
.....  
.....  
.....  
.....

NOTE (3)  
.....  
.....  
.....  
.....

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 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 s.m. e 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 .....

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del presente Accordo
- (3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

