

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 fruiscano 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 31.3.2020 e ss.mm.ii 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) e 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. 31.3.2020 e ss.mm.ii.

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. 31.3.2020 e ss.mm.ii. 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.