

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA MEDICI DI MEDICINA GENERALE TITOLARI DI INCARICO

(norma finale n. 9 dell'A.C.N. 04.04.2024)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____
nato/a a _____ Prov _____ il _____
residente nel Comune di _____ Prov _____
all'indirizzo _____ Codice Fiscale _____
Iscritto/a all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi (articolo 76 del DPR 445/2000), nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni (articolo 75 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità,

dichiara formalmente di

- 1) non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il SSN, fatto salvo:
 - a. *norma finale n.1:* medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria presso _____ ore settimanali _____
 - b. *norma finale n.1:* medico di medicina penitenziaria incaricato presso _____ ore settimanali _____
 - c. *norma finale n.11:* medico della medicina dei servizi titolare presso _____ ore settimanali _____
 - d. *norma finale n.12:* medico titolare di incarico (ex SIAS) presso _____ ore settimanali _____
- 2) non esercitare altre attività e non essere titolare o compartecipe di quote di imprese che possano configurare conflitto di interessi con il SSN
- 3) non svolgere attività di medico specialista ambulatoriale presso strutture private convenzionate/accreditate con il SSN
- 4) non svolgere attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta
- 5) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali
- 6) non fruire del trattamento per invalidità assoluta o permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale
- 7) non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore ovvero di non operare a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN presso _____
- 8) non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.

9) essere/non essere iscritto a Corso di Formazione in Medicina Generale o a Scuola di Specializzazione di cui al D.Lgs. n. 368/1999 e ss.mm.ii.:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Anno _____

10) svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9/04/2008, n. 81 e ss.mm.ii.

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____ (_____)

Periodo: dal _____

11) non fruisca del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente

12) non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate

*(indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: **nessuna**)*

Periodo: dal _____

Mi impegno a comunicare all'Azienda ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con particolare riferimento all'insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal vigente ACN.

Prendo atto che la sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal vigente ACN, contestata al medico, comporta i conseguenti provvedimenti previsti dall'art. 25

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento Europeo 2016/679 GDPR, con la sottoscrizione del presente modulo, acconsento al trattamento dei dati personali forniti all'Azienda USL Toscana Centro per il procedimento di cui all'oggetto, che potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento

Data.....

Timbro e Firma Medico Convenzionato
