DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(legge 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a il _____

a _____

residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

email _____ pec _____ telefono

_____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Dovendo assumere un incarico di sostituzione di un medico di medicina generale/pediatra di libera scelta convenzionato con l'Asl Toscana Centro, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del vigente codice penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità dichiaro formalmente:

- ✓ di aver conseguito la Laurea in_____ in data_____
- ✓ di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di_____ con il n._____
- ✓ di essere in possesso della cittadinanza_____
- ✓ di essere domiciliato nel comune di_____ all'indirizzo di via/p.zza_____

- ✓ **<u>di non essere</u>** iscritto a corso di formazione in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs. n. 368/1999 e ss.mm.ii. **ovvero** di essere iscritto a:
  Denominazione del corso _____
  Soggetto pubblico che lo svolge _____
  Anno _____

- ☐ **<u>di essere</u>** inserito nella vigente graduatoria regionale o, comunque, di essere in possesso dei requisiti previsti per tale inserimento, **ovvero <u>di non essere</u>** inserito nella vigente graduatoria regionale e di non essere in possesso dei requisiti previsti per tale inserimento_____ (*specificare i motivi*)

- ☐ **<u>di essere/non essere</u>** titolare di rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti con il SSN con scadenza _____ presso _____

- ☐ **<u>di essere/non essere</u>** titolare di rapporto di natura convenzionale con il SSN con scadenza _____ presso _____ con un impegno orario settimanale _____

- ☐ **<u>di non svolgere/svolgere</u>** attività libero professionale quale _____ presso _____

- ☐ **<u>di non trovarmi</u>** in posizione di incompatibilità con l'attività di medico convenzionato in qualità di sostituto

dichiaro inoltre:

- di essere consapevole, ed accettare, che assumendo l'incarico di sostituzione di un medico convenzionato del ruolo unico di assistenza primaria / Pediatria di Libera Scelta assumo direttamente e formalmente le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dai vigenti Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati;

- di impegnarmi ad un legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti nel rispetto della vigente normativa sulla privacy;

- di garantire l'attività assistenziale nei confronti degli iscritti nell'elenco del medico sostituito secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio del medico sostituito.

- di impegnarmi ad utilizzare il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito

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.

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……

_____

Firma del dichiarante

Note: 1 ora d'impegno settimanale corrisponde a 40 assistiti in carico ad un medico del ruolo unico di assistenza primaria oppure a 23 assistiti in carico ad un Pediatra