

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (All. B)

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (prov. ____)
il _____ Codice Fiscale _____
residente a _____ (prov. ____)
in Via _____ n. _____
Cap. _____ telefono _____
PEC _____ e-mail _____
ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del 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

- di confermare i dati anagrafici riportati in premessa;
- di essere (*barrare la casella di interesse*):
 - cittadino italiano
 - cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare: _____);
- di possedere (*barrare la casella di interesse*):
 - il diploma di laurea in _____ (Medicina e chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria, Medicina veterinaria, Psicologia, Scienze biologiche, Chimica), conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
 - la laurea specialistica/magistrale in _____ (Medicina e chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria, Medicina veterinaria, Psicologia, Scienze biologiche, Chimica), conseguita presso l'Università di _____ in data _____;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo – odontoiatria – medico veterinario – biologo – chimico – psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli _____ (medici chirurghi – odontoiatri – veterinari – biologi – chimici – psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ al n. _____ dal _____;
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
 - _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

- _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____;
 - _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____;
- di (*barrare la casella di interesse*):
- non essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
 - essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale, come di seguito specificato (*specificare il nome dell'Azienda, pubblica o privata, la tipologia di rapporto, la data di decorrenza e di scadenza, se previsto:*

_____)) e di essere consapevole che il conferimento dell'incarico di sostituzione è subordinato alla rimozione della causa di incompatibilità sopra dichiarata;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato come specialista ambulatoriale convenzionato interno presso:
- Azienda _____
branca _____ ore settimanali _____ a decorrere dal _____;
 - Azienda _____
branca _____ ore settimanali _____ a decorrere dal _____;
- di essere titolare di incarico a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno presso:
- Azienda _____
branca _____ ore settimanali _____ a decorrere dal _____ e fino al _____;
 - Azienda _____
branca _____ ore settimanali _____ a decorrere dal _____ e fino al _____;
- di conoscere e rispettare quanto previsto dall'art. 28 del vigente ACN, ai sensi del quale l'incarico ambulatoriale, ancorché sommato ad altra attività compatibile, non può superare le 38 ore settimanali, e per l'effetto di (*barrare la casella di interesse*):

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

- non superare, con l'accettazione dell'incarico di sostituzione, il massimale orario di n. 38 ore settimanali;
- di (*barrare la casella di interesse*):
 - non aver dato la propria disponibilità all'accettazione di altro incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato o determinato;
 - aver dato la propria disponibilità all'accettazione di altro incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato o determinato presso l'Azienda _____ per n. ore _____ settimanali, con decorrenza presumibile dell'incarico medesimo dal _____;
- di non svolgere attività di medico di medicina generale;
- di non svolgere attività di pediatra di libera scelta;
- di non trovarsi nella condizione di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) e svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 22 del vigente ACN;
- di non essere 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;
- di non esercitare attività, ovvero di non titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- di non essere 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;
- di non esercitare 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, che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che configuri un conflitto di interessi;
- di non svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- 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;
- di non operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. e di essere

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

- consapevole che è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;
- di non essere 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-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
 - di non essere 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;
 - di non fruire di trattamento di quiescenza;
 - di *(barrare la casella di interesse)*:
 - non avere subito, nell'ultimo biennio, sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
 - aver subito, nell'ultimo biennio, sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (indicare la tipologia di sanzione, data e durata:

_____);
 - di *(barrare la casella di interesse)*:
 - essere
 - non esseresoggetto 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):*

_____;
 - di *(barrare la casella di interesse)*:
 - non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;
 - di aver riportato condanne penali (*specificare quali:* _____);
_____);
 - di avere procedimenti penali pendenti, come di seguito specificato:
_____;
 - di *(barrare la casella di interesse)*:
 - percepire
 - non percepirel'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 _____);

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

- di aver ricevuto e di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati riportata in allegato alla nota ASL Pescara prot. n. 0032992/22 del 04/03/2022 e resa ai sensi dell'art. articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, nonché di essere a conoscenza che in applicazione della disciplina di cui al Regolamento Unione Europea – G.D.P.R. 679/2016, del Decreto Legislativo 196/2003 come da ultimo modificato con Decreto Legislativo 101/2018, nonché delle Linee Guida approvate dal Garante Privacy, il conferimento dei dati personali è obbligatorio per le finalità di gestione della procedura relativa al conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di cui alla nota ASL Pescara sopra richiamata.

NOTE (da utilizzare per eventuali comunicazioni integrative):

.....
.....
.....
.....

Il/La sottoscritto/a, consapevole che ogni comunicazione verrà indirizzata esclusivamente all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato, si impegna a comunicare tempestivamente, all'ASL Pescara e comunque non oltre quindici giorni dal suo verificarsi, ogni eventuale variazione dei dati comunicati con il presente documento.

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 _____