

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA  
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ indirizzo di PEC  
\_\_\_\_\_, n. tel/cell \_\_\_\_\_ iscritto  
all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

**attesta di:**

essere  non essere titolare di incarico:  a tempo indeterminato  provvisorio  di sostituzione di medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024 con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

e

**dichiara formalmente di:  
(barrare la casella di interesse)**

1.  essere  non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

2.  essere  non essere (1) titolare di incarico:  di sostituzione  provvisorio  a tempo indeterminato di medico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024 con numero di ore settimanali \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

3.  essere  non essere (1) titolare di incarico  a tempo indeterminato  a tempo determinato (1) come  specialista ambulatoriale convenzionato (2)  veterinario, altra professionalità sanitaria  biologo  chimico  psicologo:

A.S.L. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore set. \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore set. \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

4.  svolgere  non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN (2):  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
5.  essere  non essere titolare di incarico di medico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), in Regione Liguria o in altra Regione (2):  
Regione \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_ in  
forma attiva-in forma di disponibilità (1)  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
6.  essere  non essere titolare di incarico di medico di medicina dei servizi territoriali a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024 con numero di ore settimanali \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
7.  essere  non essere titolare di incarico di medico di assistenza penitenziaria a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024 con numero di ore settimanali \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
8.  essere  non essere titolare di incarico  a tempo indeterminato  di sostituzione  provvisorio di pediatria di libera scelta convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
9.  avere  non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 – quinquies del legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:  
Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
10.  operare  non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:  
Organismo \_\_\_\_\_ orario settimanale \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
11.  operare  non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo \_\_\_\_\_ orario settimanale \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

12.  svolgere  non svolgere funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii.:

Azienda \_\_\_\_\_ orario settimanale \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

13.  svolgere  non svolgere attività libero professionale (2) (art. 28 A.C.N. del 04/04/2024):

Azienda \_\_\_\_\_ orario settimanale \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo attività: \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

14.  svolgere  non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

15.  avere  non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

16.  essere  non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o  esercitare  non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

17.  di fruire  non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

Periodo: dal \_\_\_\_\_

18.  svolgere  non svolgere (1) altra attività 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 \_\_\_\_\_

19.  operare  non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

20.  non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente e  beneficiare  non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM:

Soggetto erogante in trattamento pensionistico: \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

21.  fruire  non fruire (1) dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 dell'ACN MMG 04/04/2024;

22.  avere/  non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 25 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23.  essere /  non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Albo):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24.  avere /  non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: (1)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25.  aderire  non aderire al regime fiscale agevolato.

**NOTE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.**

In fede

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_(2)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.



**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a [ufficioprivacy@asl.pe.it](mailto:ufficioprivacy@asl.pe.it). Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](mailto:dpo@asl.pe.it). Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito [asl.pe.it/datipersonali](http://asl.pe.it/datipersonali) e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

....., li .....

**Firma anche per presa visione dell'informativa estesa**

.....

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non sia sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"