

PER I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il sottoscritto Dott. nato a
 il residente in Via/Piazza..... n°
 iscritto all'Albo dei della Provincia di ai sensi e agli effetti
 dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15

dichiara formalmente di:

- 1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato 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 come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R.
 con massimale di n° scelte
 Periodo: dal
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)
 A.S.L. branca ore sett.....
 A.S.L. branca ore sett.....
- 4) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)
 Provincia..... branca
 Periodo: dal
- 5) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione o in altra regione (2):
 Regione A.S.L..... ore sett.....in forma attiva -
 in forma di disponibilità (1)
- 6) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
 Organismo ore sett.....
 Via Comune di
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro
 Periodo: dal
- 7) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
 Organismo ore sett.....
 Via Comune di
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro

ALLEGATO L

- Periodo: dal
- 8) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge 626/93:
Azienda ore sett.....
Via Comune di
- Periodo: dal
- 9) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
A.S.L.....Comune di
- Periodo: dal
- 10) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal
- 11) svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti, in caso negativo scrivere nessuna):
.....
.....
.....
Periodo: dal
- 12) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6):
Soggetto pubblicoVia..... Comune di
- Tipo di attivitàTipo di rapporto di lavoro
- Periodo: dal
- 13) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)
.....
.....
Periodo: dal
- 14) fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)
Soggetto erogante il trattamento di adeguamento
- Periodo: dal

NOTE:

.....

.....

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data

Firma

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

Autentica della sottoscrizione

.....

(Timbro)

.....

L'anno duemila..... Addìdel mese di
è comparso/..... Signordella cui identità sono
certo per/.....quale, dopo essere stato..... Da me ammonit..... sulla responsabilità penale
cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la su estesa dichiarazione,
sottoscrivendola in mia presenza.

.....

(Firma dell'incaricato)