

Allegato I

**DICHIARAZIONE 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,

dichiara di

1. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico: ☐ a tempo indeterminato ☐ provvisorio ☐ di sostituzione di pediatria di libera scelta 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 _____
2. ☐ essere ☐ non essere 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 (1):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
3. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico: ☐ di sostituzione ☐ provvisorio ☐ a tempo indeterminato di medico ☐ del ruolo unico di assistenza primaria ☐ del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (ex assistenza primaria) ☐ del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale) convenzionato, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e con massimale di n. _____ scelte
Periodo: dal _____
4. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico di medico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato, nella Regione _____ o in altra Regione (1):
Regione _____ A.S.L. _____ ore settimanali _____
in forma attiva-in forma di disponibilità
Periodo: dal _____
5. ☐ essere ☐ 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'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
6. ☐ esercitare ☐ non esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia 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; in caso affermativo specificare le attività

7. ☐ svolgere ☐ non svolgere attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN (1); in caso affermativo specificare le attività:

Azienda _____ Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

8. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) (in caso affermativo specificare di seguito) (1):

A.S.L./Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L./Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L./Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Periodo: dal _____

9. ☐ svolgere ☐ non svolgere funzioni fiscali per conto della Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta (1):

A.S.L. _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

10. ☐ 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;

11. ☐ operare ☐ non operare a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN. È consentito esclusivamente lo svolgimento di attività istituzionale di cui all'ACN PLS e secondo modalità definite a livello regionale (1):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

12. ☐ intrattenere ☐ non intrattenere con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 15-octies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni (1):

Azienda _____ tipo rapporto di lavoro:

Periodo dal _____

13. ☐ essere ☐ non essere iscritto al:

☐ corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ - triennio 20____/20____ - anno di frequenza _____

☐ corso di specializzazione in _____ presso l'Università di _____ - anno di frequenza _____

di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

14. non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficino delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipazione della Prestazione Previdenziale – APP – di cui all'Allegato 5 dell'ACN PLS.
15. ☐ svolgere ☐ non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii. (1):
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____
16. ☐ avere/ ☐ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale 15/12/2005 e ss.mm.ii. o dall'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale 18/03/2026 e precedenti 25/07/2024 e 28/04/2022. In caso affermativo indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

17. ☐ 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):

18. ☐ 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:

19. ☐ di essere ☐ di non essere pediatra di libera scelta incaricato APP di cui all'articolo 9, comma 4, dell'Allegato 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS 18/03/2026.

NOTE: _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

data _____ firma _____(1)

☐ Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

☐ Firma apposta alla presenza di _____

(1) la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.