

## ALLEGATO I

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA PEDIATRIA di LIBERA SCELTA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei Medici  
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 relativo Accordo Collettivo Nazionale 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)  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ 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 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 \_\_\_\_\_

8. Svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/94:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

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

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

9. Svolgere/non svolgere (1) per conto dell' INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte. (2)

Azienda \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

11. 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 \_\_\_\_\_

12. Operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi altro 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. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo 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.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Note esplicative:*

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".*