

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto

Dott. _____ na

to a

_____ il _____ residente in

_____ Via/Piazza _____

n° _____ iscritto all'Albo dei _____

della

Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 76, D.P.R. 445/2000

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 assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____

Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca

ore sett. _____

Azienda _____

branca _____

ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia _____ branca

Periodo: dal

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) 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)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) 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 _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) 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 _____

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

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) 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

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune

ore sett. _____

Tipo di attività

Periodo: dal

18) 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 (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

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato 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"

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003 si informa che:

- 1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio al fine della formulazione della graduatoria, in caso di rifiuto, la S.V. non sarà inserito in graduatoria;**
- 2. i dati personali contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento da parte di codesta Azienda ULSS al fine della formulazione della graduatoria;**
- 3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico dell'Azienda ULSS**
- 4. potrà rivolgersi a questa Azienda ULSS per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 7 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003**
- 5. il titolare dei dati è il Direttore della UOC Gestione Risorse in Convenzione Dr. Giuliano Passarotto.**

Il sottoscritto _____ presa visione dell'informativa di cui sopra, ai sensi dell'art. 23 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003, autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma

Bollo € 16,00

Alla UOC Gestione Risorse in Convenzione
Azienda ULSS 18
V.le Tre Martiri, 89
45100 ROVIGO

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____ il _____ residente in
_____ Via/Piazza _____ n° _____
Telefono _____ Cellulare _____
Laureato il _____ presso l'Università di _____ con voto _____
iscritto all'Albo dei Medici e Chirurghi della Provincia di _____
inserito in graduatoria regionale con il punteggio di _____
in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale dal _____
di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale dal _____
di essere iscritto alla scuola di specialità/master universitari dal _____
di essere specializzato in _____
di avere avuto precedenti esperienze lavorative specifiche _____
di conoscere le seguenti lingue straniere (e specificare tipo di conoscenza: Base /
Autonomia / Padronanza) _____
di essere in possesso delle seguenti capacità informatiche (precisare: sistemi operativi /
programmi / uso di internet e posta elettronica _____

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale per l'assegnazione di eventuali incarichi presso la Casa Circondariale di Rovigo e all'uopo,
dichiaro sotto la mia personale responsabilità, ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____

Firma _____

1) Allegato: Copia documento valido d'identità