

**(BOLLO € 16,00)**

Alla UOC Convenzioni e Direzione  
Amministrativa Ospedaliera  
Azienda ULSS n. 5 Polesana  
V.le Tre Martiri, 89

**45100 ROVIGO**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail  
\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ iscritto al corso di formazione  
specifica in medicina generale dal \_\_\_\_\_ iscritto alla scuola  
di specialità/master universitari dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere inserito/a nella graduatoria aziendale per l'assegnazione di  
incarichi di Continuità Assistenziale presso i Punti Chiamata  
dell'Azienda ULSS n. 5 Polesana:**

**Distretto di Rovigo**       **Distretto Adria**

e all'uopo,

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge  
4 gennaio 1968, n° 15 e s.m.i., che le notizie sopra riportate corrispondono al  
vero.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- 1) Allegato: Copia documento d'identità in corso di validità

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

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 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 de 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 inserita nella 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 Convenzioni e direzione Amministrativa Ospedaliera Dr.ssa Anna Maria Rinolfi.**

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

\_\_\_\_\_