## DICHIARAZIONE INFORMATIVA

(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

II/la sottoscritto/a dott./do	tt.ssa			
		(prov) il		
e residente nel Comune di		(prov	) CAP	
al/alla Via/Corso/P.zza		<del></del>	n	
		ri della Provincia di		
ai sensi degli artt. 46 e 47	del D.P.R. n. 445 del 28/	/12/2000 e s.m.i. e consape	vole della decadenza da	
benefici, prevista dall'art.	75, e delle sanzioni penali,	, previste dall'art. 76, per cl	ni attesta il falso, rilascia	
dichiarazioni mendaci, form	na atti falsi o ne fa uso			
	DICH	IARA		
sotto la propria responsabil	ità che quanto di seguito ri	portato corrisponde al vero.		
1. essere/non essere (1) tito	olare di rapporto di lavoro c	dipendente a tempo pieno, a	tempo definito, a tempo	
parziale, anche come incario	co o supplente, presso sogg	getti pubblici o privati (2):		
Soggetto			ore sett	
		Comune di		
Tipo di rapporto di lavoro _		,		
Periodo: dal				
2. essere/non essere (1) tito con massimale di n° Periodo: dal	scelte	ico di Medicina Generale ai s	ensi dell'ACN 2005 e smi	
3. essere/non essere (1) ti	tolare di incarico a tempo	o indeterminato o a tempo	o determinato (1) come	
pecialista ambulatoriale cor	nvenzionato interno: (2)			
A.S.L.	branca		ore sett	
. essere/non essere (1) iscri	tto negli elenchi dei medici	i specialisti convenzionati est	terni: (2)	
eriodo: dal				

		ca, nella continuità assistenziale o nella
	e a tempo indeterminato o a tempo	
	o in altra Regione (2)	
		ore sett
in forma attiva - in forma di disp	oonibilità (1)	
6 operare/non operare (1) a	qualciaci titolo in procidi etabilim	nenti, istituzioni private convenzionate c
		· ·
	izzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833,	
		ore sett
		ne di
Periodo: dal		
7. operare/non operare (1) a qu	alsiasi titolo in presidi stabiliment	ti, istituzioni private non convenzionate o
	orizzazione ai sensi dell'art. 43 L.83	
		ore sett
		e di
Periodo: dal		
8. svolgere/non svolgere (1) fun:	zioni di medico di fabbrica (2) o di	medico competente ai sensi della Legge
626/93:	nom at modico al labbilità (2) o al	medico competente ai sensi della Legge
Azienda		ore sett
	Comune	ore sett e di
Periodo: dal		
9. svolgere/non svolgere (1) pe	er conto dell'INPS o dell'A.S.L. c	di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito
territoriale del quale può acquisir		
A.S.L	Comune di	
Periodo: dal		
10. fruire/non fruire (1) del tra	ttamento ordinario o per invalid	ità permanente da parte del fondo di
previdenza competente di cui al c	decreto 14.10.1976 Ministero del L	avoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal		

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti	i pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate
(indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti p	orecedenti; in caso negativo scrive: nessuna)
Periodo: dal	
12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore o	di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare
quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rap	porto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di
lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):	
Soggetto pubblico	
Via	
Tipo di attività	
Tipo di rapporto di lavoro	
Periodo: dal	
13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pension	
Periodo: dal	
14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento alle variazioni del costo della vita: (2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento	
Periodo: dal	
NOTE	
(data)	(firma)

<sup>(1) -</sup> cancellare la parte che non interessa

<sup>(2) -</sup> completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al modello alla voce "NOTE".