

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA'  
(ART.46 E 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)  
MEDICI INSERITI GRADUATORIA REGIONALE CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La presente autodichiarazione resa all'Azienda ARES118 Lazio ai sensi delle norme sopra riportate ha lo scopo di accertare eventuali incompatibilità ovvero inconferibilità ex ACN MMG 2005-2009. La veridicità delle informazioni in essa riportate sarà accertata d'ufficio.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze anche penali delle dichiarazioni mendaci rese alle Pubbliche amministrazioni, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere cittadino italiano/a
2. di essere nato/a: \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_ (oppure di non essere iscritto/a per il seguente motivo \_\_\_\_\_)
4. di essere residente a: \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_
5. di non aver riportato condanne penali né di aver procedimenti penali in corso ovvero di aver riportato le seguenti condanne: \_\_\_\_\_ e/o di avere i seguenti procedimenti in corso: \_\_\_\_\_
6. Essere /non essere (1) militare
7. di aver conseguito la laurea di Medicina e Chirurgia in data: \_\_\_\_\_  
presso l'Università di: \_\_\_\_\_ con il voto di: \_\_\_\_\_ all'età di: \_\_\_\_\_
8. di essere regolarmente iscritto/a all'albo dell'ordine dei Medici della Provincia di: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con n° \_\_\_\_\_ e che non esistono provvedimenti a mio carico;
9. che il suo codice fiscale è il seguente: \_\_\_\_\_
10. Essere /non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche con incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):  
Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ periodo: dal \_\_\_\_\_
11. Essere /non essere (1) titolare di incarico come medico di Medicina Generale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_;
12. Essere /non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte periodo: dal \_\_\_\_\_;

Segue Autodichiarazione Dott./Dott.ssa

---

13. Essere /non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1)  
come Specialista ambulatoriale convenzionato interno (2) Azienda \_\_\_\_\_  
branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_
14. Essere /non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2)  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
15. Avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c.5 D.L.n. 502/82:  
Azienda \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ periodo: dal \_\_\_\_\_
16. Essere /non essere (1) titolare di incarico di Guardia Medica nella Continuità Assistenziale o  
nell'Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) nella  
Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
In forma attiva – in forma di disponibilità (1).
17. Essere /non essere iscritto (1) a corso di Formazione in Medicina Generale;
18. Essere /non essere iscritto (1) al corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_  
c/o l'Università di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
19. Operare / non operare (1) a qualsiasi titolo e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni  
private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8  
quinques del D.L. 502/92 e successive modificazioni (2):  
Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_;
20. Essere /non essere (1) titolare di trattamento pensionistico e previdenziale  
c/o \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

---

Autorizzo il trattamento dei suoi dati personali che avverrà anche per il tramite di un soggetto esterno ( M.E.F.) ai fini dello  
svolgimento del rapporto d'impiego e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Segue Autodichiarazione Dott./Dott.ssa

---

N.B. Alla presente autocertificazione dovrà necessariamente essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità ( art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000).

Dichiaro altresì di non aver mai prestato servizi presso Pubblica Amministrazione con rapporto di dipendenza ovvero di non aver avuto precedenti rapporti di impiego con la Pubblica Amministrazione che si sono conclusi con un provvedimento di licenziamento, decadenza, destituzione.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGA ALLA PRESENTE AUTODICHIARAZIONE COPIA VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA

Tipo di documento \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Scadenza il \_\_\_\_\_

La presente autodichiarazione si compone di nr. 3 (tre) pagine

- 1) : cancellare la parte che non interessa:
- 2) : compilare le notizie richieste qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".