

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto dott. CRISTOFANI ELEONORA  
nato a [REDACTED] il [REDACTED] residente in [REDACTED]  
[REDACTED] via/piazza [REDACTED] n° [REDACTED] iscritto all'Albo dei  
MEDICI CHIRURGHI della Provincia di PERUGIA, ai sensi del D.P.R.  
n. 445 del 28 dicembre 2000 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia  
di documentazione amministrativa) e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle  
sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle  
ipotesi di falsità, sotto la propria personale responsabilità,

dovendo operare presso la seguente struttura

(denominazione struttura) OSPEDALE DI ASSISI della U.S.L. Umbria 1  
nella qualità di (1) MEDICO CHIRURGO  
con di rapporto di lavoro (2) contratto di collaborazione libero professionale a decorrere dal  
12/09/2022

dichiara formalmente di

1. ( ) operare ☒ non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private  
convenzionate/accreditate/pre-accreditate o che abbiano accordi contrattuali con aziende ai sensi  
dell'art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni:

struttura \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

nella qualità di (1) \_\_\_\_\_

tipo di rapporto di lavoro (2) \_\_\_\_\_

per ore sett. \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

2. ( ) operare ☒ non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non  
convenzionate/non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della L. 833/78:

struttura \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

nella qualità di (1) \_\_\_\_\_

tipo di rapporto di lavoro (2) \_\_\_\_\_

per ore sett. \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

3. ( ) essere ☒ non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici:

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

periodo: dal \_\_\_\_\_ ;

4. ( ) avere ☒ non avere nessuna tipologia di incarico presso università/istituti / enti di istruzione  
( ) pubblici o ( ) privati:

università/istituto/ente \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_

tipo di incarico \_\_\_\_\_

periodo: dal \_\_\_\_\_ ;

5. ( ) essere ☒ non essere titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. \_\_\_\_\_ con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al  
riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ;

6. ( ) essere ☒ non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del  
D.P.R. \_\_\_\_\_ con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con  
riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ;

7. ( ) essere ☒ non essere titolare di incarico ( ) a tempo indeterminato o ( ) a tempo determinato  
come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

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

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ ;

8. ( ) essere ☒ non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_ ;

9. ( ) avere ☒ non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, del decreto  
legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

tipo di attività \_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_ ;

10. ( ) essere ☒ non essere titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale ( ) a tempo indeterminato o ( ) a tempo determinato nella Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma ( ) attiva o ( ) di disponibilità;

11. ( ) essere ☒ non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate con rapporto ( ) a tempo determinato o ( ) a tempo indeterminato: Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ periodo: dal \_\_\_\_\_;

12. ☒ svolgere ( ) non svolgere il corso di formazione in medicina generale di cui al D. Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D. Lgs. n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. n. 368/99:

denominazione del corso SPECIALIZZAZIONE IN ENATOLOGIA  
soggetto pubblico che lo svolge OSPEDALE S. MARIA DELLA MISERICORDIA, PG  
inizio: dal 29/12/2017

13. ( ) svolgere ☒ non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
a decorrere dal \_\_\_\_\_;

14. ( ) svolgere ☒ non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda USL funzioni fiscali a decorrere dal \_\_\_\_\_;

15. ( ) avere ☒ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private, industrie farmaceutiche e aziende né personalmente né il proprio coniuge/convivente e parenti /affini fino al secondo grado:

case di cura/industrie/aziende \_\_\_\_\_  
periodo: dal \_\_\_\_\_;

16. ( ) essere ☒ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o ( ) esercitare ☒ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il SSN:

\_\_\_\_\_

17. ( ) fruire ~~XX~~ non fruire 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 \_\_\_\_\_:

18. ( ) svolgere ~~XX~~ non svolgere nessuna altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti): denominazione soggetto: \_\_\_\_\_

sede: \_\_\_\_\_

periodo: dal \_\_\_\_\_:

19. ( ) essere ~~XX~~ non essere titolare di trattamento di pensione:

ente: \_\_\_\_\_

periodo: dal \_\_\_\_\_:

20. di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente e di impegnarsi a comunicare eventuali incompatibilità e/o variazioni rispetto a quanto sopra dichiarato che dovessero insorgere nel periodo di validità del contratto di cui alla premessa.

21. note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

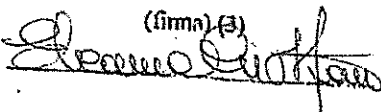
Autorizza l'Azienda USL Umbria 1 al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto della legge n. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.

In fede

(luogo e data)

PERUGIA, 09/09/2022

(firma) (3)



(1) riportare le funzioni svolte o da svolgere (per esempio: responsabile di raggruppamento, aiuto di chirurgia, assistente di oculistica, medico di guardia, consulente cardiologo, consulente chirurgo, ecc.);

(2) indicare la tipologia del rapporto del lavoro, scegliendo fra le seguenti:

- dipendente a tempo pieno
- dipendente a tempo definito
- dipendente a part-time

~~X~~ collaborazione professionale coordinata e continuativa (rapporto libero professionale);

(3) ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di alto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

**Oggetto:** Dichiarazione insussistenza conflitto di interessi

Il sottoscritto CRISTOFANI ELEONORA..... dichiara che in relazione agli incarichi fino ad oggi conferiti dalla USL Umbria 1 non sussiste alcuna situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi

Data, ...09/09/2022.....

IN FEDE  
  
.....