

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto dott. SSA SANTUCCI PRISCILLA
nato a [REDACTED] (USA) il [REDACTED] residente in [REDACTED]
via/piazza [REDACTED] n° [REDACTED] iscritto all'Albo dei
FARMACISTI 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,

dovento operare presso la seguente struttura

(denominazione struttura) SERVIZIO FARMACEUTICO AZIENDALE
della U.S.L. Umbria 1
nella qualità di (1) FARMACISTA
con di rapporto di lavoro (2) contratto di collaborazione libero professionale a decorrere dal
02/01/2018 :

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.e. 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 _____
soggetto pubblico che lo svolge _____
inizio: dal _____ ;

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 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 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 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 15/06/2018

(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
- 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 atto 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 PAZZELLA.....SANTILU.. 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, 20/6/2022....

IN FEDE

Pazella Santilu