DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto dott. ALUNNI LORENZO

nato a [redacted] il [redacted] residente in [redacted]

via/piazza [redacted] n° [redacted] iscritto all'Albo dei MEDICI E 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) DISTRETTO 7 I V T

della U.S.L. Umbria 1

nella qualità di (1) MEDICO

con di rapporto di lavoro (2) contratto di collaborazione libero professionale a decorrere dal 16 11 2020 :

dichiara formalmente di

1. ( ) operare (X) 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 (X) 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.n. 833/78:

struttura _____

via _____ Comune di _____

nella qualità di (1) _____

tipo di rapporto di lavoro (2) _____

per ore sett. _____ a decorrere dal _____ ;

3. ( ) essere (X) 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 (X) 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 (X) 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 (X) 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 (X) 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 (X) non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:
provincia _____ branca _____
a decorrere dal _____ ;

9. ( ) avere (X) 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. (X) essere ( ) non essere titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale ( ) a tempo indeterminato o (X) a tempo determinato nella Regione [illegible] Azienda [illegible] ore sett. [illegible] in forma (X) attiva o ( ) di disponibilità.

11. ( ) essere (X) 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. (X) 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 [illegible]
soggetto pubblico che lo svolge [illegible]
inizio dal [illegible] 2020

13. ( ) svolgere (X) non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008:
Azienda _____ ore sett. _____
sita _____ Comune di _____
a decorrere dal _____;

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

15. ( ) avere (X) 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 (X) non essere titolare o compartecipe di quote di imprese e ( ) esercitare (X) non esercitare attività che possano configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il SSN:
_____
_____.

17. ( ) fruire (X) 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 (X) 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 (X) 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 d integrazioni.

In fede

(luogo e data)
TODI 12/11/2020

(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.

UO RISORSE UMANE
TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO
PERSONALE DIPENDENTE

Oggetto: Dichiarazione insussistenza conflitto di intereressi

Il sottoscritto ...ALUNNI LORENZO..... 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, ...23/06/2022.....

IN FEDE