

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il Sottoscritto Dott./ssa (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ recapito postale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_

**(da compilare se dichiarati per la prima volta o se modificati)**

Cod. Fiscale    □□□ □□□ □□□□□□□□□□    Banca \_\_\_\_\_    Loc. Banca \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Ag. n° \_\_\_\_\_    c/c n° \_\_\_\_\_    Codice IBAN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_    Codice ENPAM \_\_\_\_\_

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

### DICHIARA

**(vedere LEGENDA allegata all'Avviso)**

- di essere Titolare di incarico ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie, in vigore e di svolgere l'attività nelle sedi sotto indicate (solo per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 2 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii lett. a - b - c - d - e - f) - g):

**Comitato Consultivo Zonale di** \_\_\_\_\_

**ASL di** \_\_\_\_\_ **Poliambulatorio di** \_\_\_\_\_ **Branca di** \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**Comitato Consultivo Zonale di** \_\_\_\_\_

**ASL di** \_\_\_\_\_ **Poliambulatorio di** \_\_\_\_\_ **Branca di** \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**Comitato Consultivo Zonale di** \_\_\_\_\_

**ASL di** \_\_\_\_\_ **Poliambulatorio di** \_\_\_\_\_ **Branca di** \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**Comitato Consultivo Zonale di** \_\_\_\_\_

**ASL di** \_\_\_\_\_ **Poliambulatorio di** \_\_\_\_\_ **Branca di** \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**Comitato Consultivo Zonale di** \_\_\_\_\_

**ASL di** \_\_\_\_\_ **Poliambulatorio di** \_\_\_\_\_ **Branca di** \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

Comitato Consultivo Zonale di \_\_\_\_\_

ASL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branca di \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

Comitato Consultivo Zonale di \_\_\_\_\_

ASL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branca di \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

Comitato Consultivo Zonale di \_\_\_\_\_

ASL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branca di \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

I.N.A.I.L. Località \_\_\_\_\_ Branca di \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

I.N.P.S. Località \_\_\_\_\_ Branca di \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

Ministero della Difesa \_\_\_\_\_ Branca  
di \_\_\_\_\_

Ore settimanali n. \_\_\_\_\_ data inizio incarico \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**Totale complessivo** ore settimanali espletate. n° \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- di essere Titolare di incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa sede di \_\_\_\_\_ Branca di \_\_\_\_\_ (solo per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 2 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii lett. g);
- di essere Medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del SSN che esprime la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro, con anzianità riconosciuta dal \_\_\_\_\_ (solo per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 2 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii lett. j – non compilare se si è dichiarato di essere iscritti nelle graduatorie annuali ai sensi dell'art. 21 c. 2 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii lett. h);

Sono consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni contenute nella presente domanda corrispondono al vero e sono sostitutive di certificazione e di atto notorio ai sensi dell'art.46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_