

## 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. 6 dell'ACN 2024 lett. a - b - c - d - e - f)**:

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

ASL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branchia di \_\_\_\_\_

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

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

ASL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branchia di \_\_\_\_\_

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

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

ASL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branchia di \_\_\_\_\_

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

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

ASL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branchia di \_\_\_\_\_

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

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

ASL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branchia 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. 6 dell'ACN 2024 lett. g);
- di essere iscritto nelle graduatorie annuali vigenti art. 19 c. 10 ACN 2024, ove ha sede il Comitato Zonale di riferimento nel cui territorio di competenza si aspiri ad ottenere l'incarico (SOLO per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. h) e che non sono titolari di incarico quali Medici di medicina generale, Medici specialisti pediatri di libera scelta e Medici dipendenti del SSN;
- di essere iscritto nelle graduatorie annuali vigenti art. 19 c. 12 (solo per gli Odontoiatri non specializzati) ACN 2024, ove ha sede il Comitato Zonale di riferimento nel cui territorio di competenza si aspiri ad ottenere l'incarico (SOLO per gli odontoiatri non specializzati che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. h);
- di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 c. 4 ACN 2024 e non trovarsi nella condizione di cui all'art. 27 c. 1 lett. h e l (SOLO per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. i);
- di essere Medico di medicina generale, con anzianità di servizio del rapporto in essere dalla data del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ instaurato con \_\_\_\_\_ (indicare il datore di lavoro), che esprime la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro, (SOLO per i medici di medicina generale che hanno dichiarato di essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. j – e che possono partecipare esclusivamente ai sensi della lett. j, anche se iscritti nella graduatoria art. 19 c. 10 ACN 2024);
- di essere Medico specialista pediatra di libera scelta, con anzianità di servizio del rapporto in essere dalla data del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ instaurato con \_\_\_\_\_ (indicare il datore di lavoro), che esprime la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (SOLO per i medici specialisti pediatri di libera scelta che hanno dichiarato di essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. j – e che possono partecipare esclusivamente ai sensi della lett. j, anche se iscritti nella graduatoria art. 19 c. 10 ACN 2024;
- di essere Medico dipendente del SSN, con anzianità di servizio del rapporto in essere dalla data del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ instaurato con \_\_\_\_\_ (indicare il datore di lavoro), che esprime la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (SOLO per i medici dipendenti del SSN che hanno dichiarato di essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 6 dell'ACN 2024 lett. j – e che possono partecipare esclusivamente ai sensi della lett. j, anche se iscritti nella graduatoria art. 19 c. 10 ACN 2024;

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 \_\_\_\_\_