

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA MEDICI PEDIATRI DI LIBERA
SCELTA
(A.C.N. 18.03.2026)**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ nato/a il _____

a _____

residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

pec _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

dichiara formalmente di

1. **Essere /non essere** titolare di rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il SSN
2. **Essere /non essere** proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore ovvero:
operi a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN presso

3. **Esercitare /non esercitare** altre attività e **non essere** titolare o compartecipe di quote di imprese che possano configurare conflitto di interessi con il SSN
4. **Svolgere /non svolgere** attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN
5. **Svolgere /non svolgere** attività di medico di medicina generale o di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 1
6. **Svolgere /non svolgere** funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta
7. **Fruire /non fruire** del trattamento per invalidità assoluta o permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale
8. **Avere /non avere** un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 15-octies del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.
9. **Essere /non essere** iscritto a corso di formazione in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs. n. 368/1999 e ss.mm.ii. ovvero di essere iscritto a:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Anno _____
10. **Svolgere /non svolgere** funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9/04/2008, n. 81 e ss.mm.ii. ovvero di svolgerle presso
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

11. **Fruire /non fruire** del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente
12. **Svolgere /non svolgere** altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (*indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna*) _____

Periodo: dal _____

PRECISAZIONI (*indicare il numero della nota di riferimento*):

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento Europeo 2016/679 GDPR, con la sottoscrizione del presente modulo, acconsento al trattamento dei dati personali forniti all'Azienda USL Toscana Centro per il procedimento di cui all'oggetto, che potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento

Data.....

Firma Medico
