

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
Medici di Medicina Generale del 4 aprile 2024  
Allegato L  
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA  
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ indirizzo di PEC  
\_\_\_\_\_, n. tel/cell \_\_\_\_\_ iscritto  
all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che,  
ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti  
falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,**

**dichiara formalmente di:**

1) ☐ essere / ☐ non essere titolare di rapporto di **lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale**, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati:

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

2) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ temporaneo ☐ di sostituzione  
☐ provvisorio di **medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta** ai sensi dell'Accordo  
Collettivo Nazionale MMG con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico, con  
riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ presso l'Azienda  
\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

3) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato  
☐ di sostituzione ☐ provvisorio di **medico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria** ai  
sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore \_\_\_\_\_ presso l'Azienda  
\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

4) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ temporaneo ☐ di sostituzione  
di **medico di medicina dei servizi territoriali** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero  
di ore \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

5) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale** a ☐ tempo  
indeterminato / ☐ a tempo determinato, in Regione Liguria o in altra Regione:

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

6) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ temporaneo ☐ a tempo  
determinato ☐ di sostituzione ☐ provvisorio di **medico di assistenza penitenziaria** ai sensi dell'Accordo  
Collettivo Nazionale MMG con numero di ore \_\_\_\_\_ presso l'Azienda  
\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

7) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ di sostituzione ☐ provvisorio  
di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale

di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

8) ☐ essere / ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato/ ☐ a tempo determinato come ☐ **specialista ambulatoriale convenzionato interno** ☐ **veterinario**, altra professionalità sanitaria ☐ **biologo** ☐ **chimico** ☐ **psicologo**:

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

9) ☐ svolgere / ☐ non svolgere attività di **medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN**:

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

periodo: dal \_\_\_\_\_

10) ☐ avere / ☐ non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

11) di essere in possesso:

☐ del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ triennio \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

☐ del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

oppure

☐ di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D. L.gs 368/99 e ss.mm.ii. o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia:

Denominazione del corso: \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_

12) ☐ operare/ ☐ non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

tipo di attività \_\_\_\_\_

tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

13) ☐ operare / ☐ non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

tipo di attività \_\_\_\_\_

tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

14) ☐ svolgere/ ☐ non svolgere funzioni di ☐ **medico di fabbrica** o di ☐ **medico competente** ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

15) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

16) ☐ avere/☐ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) ☐ essere/☐ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o ☐esercitare/☐non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

\_\_\_\_\_

18) ☐ fruire/☐ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal \_\_\_\_\_

19) ☐ svolgere/☐ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) ☐ operare/ ☐ non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

tipo di attività \_\_\_\_\_

tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

22) non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente da parte dei fondi pensionistici; ☐ beneficiare / ☐ non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'EMPAM:

soggetto erogante il trattamento pensionistico: \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

23) non fruire dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 dell'ACN MMG 28/04/2022 e successivo 04/04/2024;

24) ☐ avere/☐ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 23/03/2005 e ss.mm.ii. e dall'art. 25 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 28/04/2022 e successivo 04/04/2024. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

\_\_\_\_\_

25) ☐essere / ☐ non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Ordine dei Medici):

---

---

26) ☐ avere / ☐ non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: \_\_\_\_\_

---

NOTE:

---

---

---

---

---

---

**Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.**

In fede

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ (1)

☐ Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

☐ Firma apposta alla presenza di: \_\_\_\_\_

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.