

ALLEGATO B

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto MOLlichelli Nadia, nato a CAMPOBASSO
(provCB...) il 30/04/1972 M_FX Codice Fiscale HLNDA72D70B510T
Comune di residenza SEGRATE (prov.M.I.)
Indirizzo VIA RESIDENZA FONTANA n. 221 Cap. 20030 SEGRATE
telefono 3291551081
PEC * e-mail NADIA.MOLlichelli@GMAIL.COM
ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità
civili e penali conseguenti a dichiarazioni non veritieri, formazione o uso di atti falsi, richiamate
dall'art. 76 del citato D.P.R.
* NADIA.MOLlichelli@PEC.ORDINEDEIMEDICI.QB.IT

DICHIARA

1. di essere / ~~non essere~~ (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. ~~di essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992; n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. ~~di esercitare~~ /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. ~~di essere~~ / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. ~~di svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. ~~di svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. ~~di essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. ~~di essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. ~~di esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);
10. ~~di svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. ~~di fruire~~/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
12. ~~di operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____);

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 20.01.20 Firma per esteso Isabella M. O. De J.

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____
Con identificazione del dichiarante mediante

Il funzionario

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.