

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dott. _____ con la presente accetta l'incarico di sostituzione, conferito dal titolare dott. _____ per lo svolgimento di n. ore settimanali _____ nella Branca _____ presso la Zona _____ per il giorno/periodo dal _____ al _____,

Ai sensi del DPR. 445/2000 e consapevole di quanto stabilito dall' art. 76 del medesimo DPR., che in caso di dichiarazioni false o mendaci il dichiarante incorre nelle sanzioni penali oltre alla decadenza dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

di essere nato il _____ A _____ (PROV. _____),

di essere residente a _____ (Prov _____)

Via _____ cap. _____ telef. _____ cell. _____

Codice ENPAM _____

Codice Fiscale _____

Codice Regionale _____

di aver conseguito la laurea in: _____ in data _____

Presso l'Università _____ con voto _____.

Di aver conseguito la specializzazione In _____ il _____ con voto

di _____ presso _____

Di essere iscritto all'Albo/Ordine _____ Prov. _____ dal _____.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza dell'ACN/2015 che regola tale rapporto, ivi compreso compatibilità e massimale orario, dichiara in particolare:

- di essere nella graduatoria di branca approvata per questo ambito zonale e utile per il conferimento di incarichi nel presente anno;

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni causa di incompatibilità di cui all'art. 25 ACN/2015 seguente;

- dichiara in particolare di non fruire di trattamento di quiescenza;

- si impegna a comunicare, con immediatezza, il verificarsi di qualsiasi causa ostativa alla prosecuzione di esso ed ogni variazione del proprio "status" che comporti effetti sul rapporto professionale medesimo.

.....

data

.....

firma

**U.O.C. Gestione
Specialisti
Ambulatoriali e
Contratti Atipici**

Livorno 0586/223716
[simona.balluchi@](mailto:simona.balluchi@uslnordovest.toscana.it)
uslnordovest.toscana.it

Pisa 050/954295
[serena.dilda@](mailto:serena.dilda@uslnordovest.toscana.it)
uslnordovest.toscana.it

Lucca 0583/449884
[evita.bandiera@](mailto:evita.bandiera@uslnordovest.toscana.it)
uslnordovest.toscana.it

Viareggio 0583/449143
[raffaella.guidi@](mailto:raffaella.guidi@uslnordovest.toscana.it)
uslnordovest.toscana.it

Massa 0585/657531
[roberta.gussoni@uslnord](mailto:roberta.gussoni@uslnordovest.toscana.it)
ovest.toscana.it

Azienda UsI
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA:
02198590503

ALLEGA CARTELLINO ORARIO RELATIVO ALLA SOSTITUZIONE

Azienda USL Toscana nord ovest



Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA:
02198590503

COGNOME: _____ NOME: _____

SOSTITUZIONE DEL DOTT:

MESE: _____ AMBITO TERRITORIALE: _____

GIORNO	1° TURNO		2° TURNO		SEDE DI LAVORO	TOTALE ORE GIORNALIERE
	ENTRATA	USCITA	ENTRATA	USCITA		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

TOTALE ORE MENSILI:

FIRMA SOSTITUTO

FIRMA RESPONSABILE

ART. 25 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi del punto 6 dell'art. 48 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e dell'art. 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991 n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo lo specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista che:

- a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;
- b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN 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 e successive modificazioni e integrazioni;
- c) eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia 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;
- d) svolga attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2;
- e) sia titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 19 e svolga contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 20;
- f) eserciti la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi;
- g) svolga funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- h) fruisca 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;
- i) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;
- j) sia titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- k) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
- l) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente.

2. La eventuale situazione di incompatibilità a carico dello specialista ambulatoriale, del veterinario o del professionista, incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 17, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

3. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità. La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità prevista dal presente Accordo comporta la decadenza dell'incarico convenzionale, come previsto ai sensi dell'articolo 36, comma 3.

.....

data

.....

firma

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: PISTOLESI MAIDA

DATA FIRMA: 19/07/2019 15:59:29

IMPRONTA: 62323039373330616638386461376233353564373738616464616464343531333537663330303536