

Dichiarazione di esclusione di incompatibilità

Il/la sottoscritt/a MASSIMO LUCA
nato/a a il codice
fiscale residente in
via specialista in ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
con un incarico per prestazioni di per ore settimanali

DICHIARA

di **non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità** indicate all'art.2 dell' "Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali"¹.

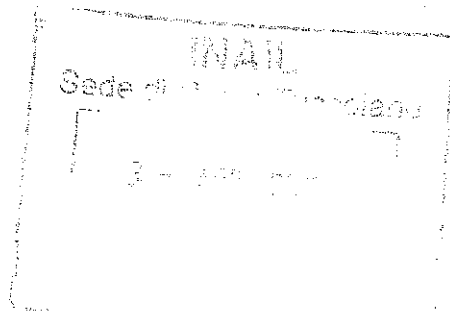
Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni futura variazione in proposito.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che 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 (art.26 L.15/68, artt.75-76 D.P.R. 445/2000) e, altresì, fanno decadere dai benefici ottenuti.

IL DICHIARANTE

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30.6.2003 n.196 recante il codice in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi dell'art.13 del citato decreto legislativo recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da lei volontariamente forniti con il presente modulo saranno trattati dall'Inail, adottando le misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.



¹ Verbale d'intesa del 30 luglio 2010 e successivo verbale integrativo del 7 marzo 2011, previa determinazioni presidenziali rispettivamente n. 19/2010 e n. 29/2011.

DIREZIONE TERRITORIALE
ROMA TUSCOLANO

Sede di Roma Tuscolano

Dott. LUCIDI Massimo

Oggetto: Conferimento d'incarico di sostituzione (art. 26) Verbale d'intesa 15/05/2018, Det.
182/2018.

Per la temporanea sostituzione del **Dott. POMANTE Domenico, titolare di turno di ORTOPEDIA per 10 ore e il Dott. ORLANDI Roberto titolare di turno di ORTOPEDIA per 12 ore settimanali** presso questa Sede, Le è conferito, ai sensi degli articoli 2230 del Codice Civile ed avuto riguardo a quanto disposto dall'art. 26 dell'"Accordo collettivo per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali", l'incarico di supplenza per prestazioni della suddetta branca - da osservarsi, presso la scrivente Sede, con le seguenti modalità:

02/07/2018 dalle 8,30 alle 13,30 (Pomante)
04/07/2018 dalle 8,00 alle 14,00 (Orlandi)
09/07/2018 dalle 8,30 alle 13,30 (Pomante)
16/07/2018 dalle 8,30 alle 13,30 (Pomante)
18/07/2018 dalle 8,00 alle 14,00 (Orlandi)
23/07/2018 dalle 8,30 alle 13,30 (Pomante)
25/07/2018 dalle 8,00 alle 14,00 (Orlandi)
30/07/2018 dalle 8,30 alle 13,30 (Pomante)
06/08/2018 dalle 8,30 alle 13,30 (Pomante)

Compatibilmente con la natura a termine del presente incarico, il relativo rapporto è disciplinato dalle norme del citato "Accordo", ed e' attribuito subordinatamente all'accertamento del possesso dei prescritti requisiti sulla base della documentazione da Lei prodotta, e alla verifica dell'assenza di situazioni di incompatibilità di cui all'art. 2 dell'"Accordo" medesimo, della quale Lei da atto sotto la propria responsabilità con apposita dichiarazione acclusa al presente conferimento di incarico che deve permanere per tutta la durata del rapporto.

Ella è pregata di restituire copia della presente comunicazione **con in calce la seguente dichiarazione autografa:**

"Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare il turno sopra indicato alle condizioni enunciate nella presente lettera di incarico ed a tutte le altre contenute nel citato "Accordo" nel testo recepito dall'INAIL e successive modificazioni ed integrazioni, condizioni delle quali dà atto di aver preso completa conoscenza".

Il sottoscritto Roberto Orlandi, titolare di turno di ortopedia per 12 ore settimanali, accetta il conferimento del presente incarico di sostituzione per il periodo indicato in allegato, alle condizioni enunciate nella presente lettera di incarico ed a tutte le altre contenute nel citato "Accordo" nel testo recepito dall'INAIL e successive modificazioni ed integrazioni, condizioni delle quali dà atto di aver preso completa conoscenza.

Per accettazione

LO SPECIALISTA

**Il Direttore della Sede
Dott.ssa Vittoria Rossi**

Dichiarazione di esclusione di incompatibilità

Il/la sottoscritt/a **MASSIMO LUCCIA**
nato/a a il codice
fiscale residente in
via specialista in **ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA**
con un incarico per prestazioni di per ore settimanali

DICHIARA

di **non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità** indicate all'art.2 dell' "Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali"¹.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni futura variazione in proposito.

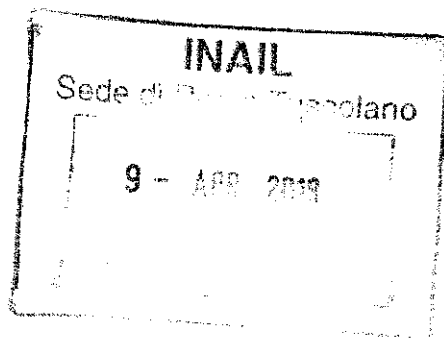
Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.26 L.15/68, artt.75-76 D.P.R. 445/2000) e, altresì, fanno decadere dai benefici ottenuti.

IL DICHIARANTE

[Redacted signature]

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 30.6.2003 n.196 recante il codice in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi dell'art.13 del citato decreto legislativo recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da lei volontariamente forniti con il presente modulo saranno trattati dall'Inail, adottando le misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.



¹ Verbale d'intesa del 30 luglio 2010 e successivo verbale integrativo del 7 marzo 2011, previe determinazioni presidenziali rispettivamente n. 19/2010 e n. 29/2011.

Dott. LUCIDI Massimo

Oggetto: Conferimento d'incarico di sostituzione (art. 26) Verbale d'intesa 15/05/2018, Det. 182/2018.

Per la temporanea sostituzione del **Dott. POMANTE Domenico, titolare del turno di ORTOPEDIA per 10 ore** settimanali presso questa Sede, Le è conferito, ai sensi degli articoli 2230 del Codice Civile ed avuto riguardo a quanto disposto dall'art. 26 dell'"Accordo collettivo per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali", l'incarico di supplenza per prestazioni della suddetta branca - da osservarsi, presso la scrivente Sede, con le seguenti modalità:

04/06/2018 dalle 8,30 alle 13,30
11/06/2018 dalle 8,30 alle 13,30
18/06/2018 dalle 8,30 alle 13,30
25/06/2018 dalle 8,30 alle 13,30

Compatibilmente con la natura a termine del presente incarico, il relativo rapporto è disciplinato dalle norme del citato "Accordo", ed è attribuito subordinatamente all'accertamento del possesso dei prescritti requisiti sulla base della documentazione da Lei prodotta, e alla verifica dell'assenza di situazioni di incompatibilità di cui all'art. 2 dell'"Accordo" medesimo, della quale Lei da atto sotto la propria responsabilità con apposita dichiarazione acclusa al presente conferimento di incarico che deve permanere per tutta la durata del rapporto.

Ella è pregata di restituire copia della presente comunicazione con in calce la seguente dichiarazione autografa:

"Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare il turno sopra indicato alle condizioni enunciate nella presente lettera di incarico ed a tutte le altre contenute nel citato "Accordo" nel testo recepito dall'INAIL e successive modificazioni ed integrazioni, condizioni delle quali dà atto di aver preso completa conoscenza".

Il sottoscritto Dr. Lucidi Massimo dichiara di accettare il turno 10 settimanali alle condizioni enunciate nella presente lettera di incarico ed a tutte le altre contenute nel testo citato "Accordo" nel testo recepito dall'INAIL e successive modificazioni ed integrazioni, condizioni delle quali dà atto di aver preso completa conoscenza.

Per accettazione

Il Direttore della Sede
D. [Redacted]

PER COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE