

Alla Direzione Provinciale INPS di SONDRIO

Inviare in allegato a Pec direzione.provinciale.sondrio@postacert.inps.gov.it

Oggetto: AVVISO PUBBLICO PER LA RICERCA DI DISPONIBILITA' DI MEDICI DI CONTROLLO - Dichiarazione di disponibilità

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

Nato/a a _____, il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ prov. _____

Via _____

Cell _____

Pec _____

mail _____

partita IVA _____

DICHIARA

la propria disponibilità al conferimento dell'incarico per lo svolgimento, in via provvisoria e temporanea, dell'attività di medico di controllo (Visite Mediche di Controllo) come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione Provinciale.

Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28/12/2000 n. 445, art. 76 e s.m.i) con la presente dichiara:

- di avere cittadinanza italiana/europea (Stato) _____
- di essere in possesso del diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA conseguito presso l'Università degli Studi di _____
In data _____ e con il punteggio di _____
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____
dal _____ con il n. _____

- di aver conseguito il/i seguenti diplomi di specializzazione
 - _____ in data _____
 - _____ in data _____
 - _____ in data _____
- di NON svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia, ovvero di svolgere la/le seguenti attività _____
- di essere presente in posizione di IDONEITA' in graduatorie non scadute a seguito di selezione svolta da Pubblica Amministrazione per affidamento di incarichi in materia di Medicina Legale (indicare quali _____;)
- di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni (indicare qual P.A, sedi, incarichi, tempo parziale/pieno e periodi);

- di svolgere /aver svolto attività di medico di controllo per conto INPS/ASL (Indicare la sede e i periodi)
 - ASL _____ dal _____ al _____;
 - INPS _____ dal _____ al _____;
- di NON avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero di avere i seguenti rapporti in corso:

- di NON avere rapporti di lavoro con aziende private o pubbliche, ovvero di avere i seguenti rapporti in corso: _____
- di NON aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali; _____
- di NON avere procedimenti penali in corso ovvero di aver il/i seguenti procedimenti penali in corso: _____
- di NON essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, né di essere stato dichiarato/a decaduto/a dall'altro impiego pubblico;
- di NON svolgere perizie o consulenze medico-legali, per conto o nell'interesse di privati, che comunque abbiano attinenza con le materie di competenza dell'INPS o di altri Enti Previdenziali;
- di NON trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, di regolamento o di contratto di lavoro;

- di garantire la propria disponibilità a eseguire le visite di controllo assegnate in entrambe le fasce di reperibilità giornaliere.
- Dichiaro di aver preso visione dell'ACN sottoscritto l'11/10/2022 per ciò che concerne incompatibilità e i compensi.

Dichiaro, altresì, di aver letto attentamente e, di conseguenza, accettare tutte le informazioni e precisazioni contenute nell'Avviso pubblico.

Chiedo inoltre che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia inviata al seguente indirizzo Pec: _____

Comunica altresì il proprio recapito telefonico: cellulare _____

ed il proprio indirizzo di posta elettronica ordinaria: _____

Autorizzo, infine, l'INPS al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini dell'espletamento della procedura in oggetto.

Allego fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data.....

In fede

FIRMA

luogo.....