



Alla Direzione Provinciale INPS di SONDRIO

Pec : direzione.provinciale.sondrio@postacert.inps.gov.it

Oggetto: Avviso pubblico per la ricerca di N. 1 medico per l'effettuazione di visite mediche di controllo presso la Direzione Provinciale di SONDRIO

Il/la sottoscritto/a nato/a _____ (____) il giorno _____,
residente in _____, alla Via
_____ n. _____,
Codice fiscale _____,
Cell. _____. Mail _____,
PEC _____, Partita IVA _____,

DICHIARA

la propria disponibilità al conferimento dell'incarico per lo svolgimento, in via provvisoria e temporanea, dell'attività di medico di controllo, come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione Provinciale di SONDRIO per l'ambito territoriale di SONDRIO

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali nelle quali potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli artt. 45 e 76 del DPR n. 445 del 2000, dichiara:

- di essere residente nella città di _____, provincia di _____ (.....), in via _____, n. _____ CAP _____
- di essere in possesso del seguente documento d'identità in corso di validità:
- tipo documento _____, nr _____ rilasciato da _____ il ____/____/_____
- di essere reperibile ai seguenti recapiti:
Provincia: _____ - Comune: _____
via _____, n. _____ CAP _____
Telefono 1: _____ - Telefono 2: _____

Posta Elettronica Certificata.....

- di avere cittadinanza italiana/europea;
- di essere in possesso di tutti i requisiti previsti per l'ammissione alla procedura di selezione, di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nell'avviso di selezione e di accettarle senza riserva alcuna.

A tal fine, dichiara:

- di essere in possesso del diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA, conseguito presso l'Università degli Studi di _____, il _____, con la votazione 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 _____

- di aver conseguito il/ seguente/i diploma/i di specializzazione:

_____ in data _____

_____ in data _____

_____ in data _____

- di NON svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia, ovvero di svolgere la/le seguente/i attività:

- di essere presente in posizione di IDONEITÀ 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 quale P.A, sede, incarico, 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 avere il/i seguente/i procedimenti penali in corso: _____
- di NON essere stato destituito/a o dispensato/a da impiego presso Pubblica Amministrazione, e di NON essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico;
- di NON trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;
- di NON svolgere attività a qualsiasi titolo presso presidi ASL coincidenti con l'ambito territoriale della Sede;
- 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 essere stato esonerato da analogo incarico precedentemente ricoperto in INPS;
- di NON trovarsi in alcuna delle seguenti cause di incompatibilità e di inconferibilità di cui agli artt. 13 e 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la medicina fiscale convenzionata INPS, sottoscritto con le Organizzazioni Sindacali di categoria comparativamente più rappresentative sul piano nazionale in data 11 ottobre 2022;
- di NON essere destinatario di alcun provvedimento di irrogazione di sanzioni di cui all'art. 3 comma 7 lett. d) e 8 del presente accordo;
- di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana:
 - in entrambe le fasce giornaliere di reperibilità
 - solo fascia reperibilità MATTINA
 - solo fascia reperibilità POMERIGGIO

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento, nei limiti delle disposizioni vigenti, dei dati necessari all'istruzione e alla gestione della domanda che lo/la riguarda e chiede che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia inviata all'indirizzo PEC sopra comunicato.

Dichiara, altresì, di aver preso visione delle circolari INPS nn. 4 e 199 del 2001, e n. 86 del 2008, oltre che dell'Accordo Nazionale sottoscritto in data 11/10/2022, in particolare per ciò che concerne le incompatibilità e i compensi.

Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità e copia del curriculum vitae.

Data _____

FIRMA _____

