

Alla Direzione Provinciale INPS TRAPANI  
[direzione.provinciale.trapani@postacert.inps.gov.it](mailto:direzione.provinciale.trapani@postacert.inps.gov.it)

**OGGETTO: Avviso pubblico per la ricerca di N. 1 medico disponibile ad effettuare in via provvisoria e temporanea visite mediche di controllo domiciliare per la Direzione provinciale INPS di Trapani presso il bacino territoriale dell'Agencia di Alcamo.**

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_ ;  
PEC \_\_\_\_\_

in relazione all'avviso pubblico in oggetto,

CHIEDE

di essere ammesso al reclutamento di medici iscritti all'Ordine dei Medici per l'effettuazione delle Visite Mediche di Controllo disposte dalla Direzione Provinciale INPS di Trapani, d'ufficio e/o su richiesta del datore di lavoro, per l'evento di malattia nei confronti dei lavoratori pubblici e privati residenti e/o domiciliati nel bacino territoriale di competenza dell'Agencia di Alcamo (Comuni di Alcamo, Calatafimi, Castellammare del Golfo).

DICHIARA

1) di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_;

2) di aver conseguito la seguente specializzazione in: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

3) di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_;

4) di risultare idoneo alla selezione svolta da \_\_\_\_\_ per l'affidamento di incarichi in materia di medicina legale;

5) di aver svolto funzioni di medico fiscale per l'INPS / ASL nell'ultimo quadriennio (se sì, specificare periodo ed ente): \_\_\_\_\_

6) di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana in entrambe le fasce di reperibilità giornaliera;

7) di NON trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;

8) di NON svolgere attività a qualsiasi titolo presso presidi ASP coincidenti con l'ambito territoriale della Sede;

9) 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;

10) di NON essere stato esonerato da analogo incarico precedentemente ricoperto in INPS;

11) di essere consapevole delle responsabilità, anche penali, che derivano dalla falsa e non veritiera attestazione delle notizie fornite (D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art. 76 e s.m.i).

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.

Dichiara di aver preso visione delle circolari INPS n. 4 e n. 199 del 2001, e n. 86 del 2008 per ciò che concerne le incompatibilità e i compensi.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

Allegati:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Curriculum vitae in formato europeo.