

Alla Direzione provinciale INPS di TRAPANI
Direzione.provinciale.trapani@postacert.inps.gov.it

**OGGETTO: PER LA RICERCA DI N. 3 MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE
IN VIA PROVVISORIA E TEMPORANEA VISITE MEDICHE DI CONTROLLO
DOMICILIARE PER LA DIREZIONE PROVINCIALE INPS DI TRAPANI - 2
PRESSO IL BACINO TERRITORIALE DI TRAPANI E 1 PRESSO IL BACINO
TERRITORIALE 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 domiciliari, 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 di territoriale di competenza

- della sede di Trapani (Comuni di Trapani, Buseto Palizzolo, Custonaci, Erice, Paceco, Valderice, San Vito Lo Capo e isole minori);
- dell'Agenzia di Alcamo (Comuni di Alcamo, Calatafimi, Castellammare del Golfo).

DICHIARA

1) di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di _____
_____, 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 a domicilio 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 ASL coincidenti con l'ambito territoriale della Direzione provinciale;

9) di NON svolgere perizie o consulenze medico-legali, per conto o nell'interesse di privati, che 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 svolgere la seguente attività libero professionale:
_____ ;

12) di essere consapevole delle responsabilità, anche penali, che derivano dalla falsa e non veritiera attestazione delle notizie fornite.

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.