Alla Direzione provinciale INPS di TRAPANI

Direzione.provinciale.trapani@postacert.inps.gov.it

**OGGETTO: PER LA RICERCA DI N. 2 MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE IN VIA PROVVISORIA E TEMPORANEA VISITE MEDICHE DI CONTROLLO DOMICILIARE PER LA DIREZIONE PROVINCIALE INPS DI TRAPANI PRESSO IL BACINO TERRITORIALE DI MARSALA**

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

dell’Agenzia di Marsala (Comuni di Marsala e Petrosino);

**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 giornaliere;

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.