Alla Direzione Provinciale INPS di Trapani

inviare in allegato alla seguente PEC:

*direzione.provinciale.trapani@postacert.inps.gov.it*

**OGGETTO: Domanda per reclutamento di n. 5 Medici per l’effettuazione delle visite mediche di controllo in via provvisoria e temporanea nel bacino territoriale della Direzione Provinciale di Trapani**

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, nei confronti dei lavoratori pubblici e privati residenti e/o domiciliati, per l’evento di malattia, nell’ambito 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 Marsala (Comuni di Marsala e Petrosino);
* dell’Agenzia di Alcamo (Comuni di Alcamo, Calatafimi, Castellammare del Golfo);

DICHIARA

 di aver cittadinanza italiana/unione europea (Stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

 di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

 di essere iscritto/a all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 di risultare idoneo alla selezione svolta da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’affidamento di incarichi in materia di medicina legale;

 di aver svolto funzioni di medico fiscale per l’INPS / ASL (se sì, specificare periodo ed ente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana in entrambe le fasce di reperibilità giornaliere o solo in una (M o P) ………

 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 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, altresì, di aver letto e di accettare tutte le informazioni e precisazioni contenute nel bando.

Chiede 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

Allegati:

- copia documento di riconoscimento in corso di validità;

- *Curriculum vitae* in formato europeo.