



Alla Direzione regionale INPS LOMBARDIA

PEC: direzione.regionale.lombardia@postacert.inps.gov.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL REPERIMENTO DI MEDICI SPECIALIZZANDI E LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA PARTECIPANTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, AI QUALI CONFERIRE INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI DI ACCERTAMENTO MEDICO LEGALE SUI LAVORATORI PUBBLICI E PRIVATI ASSENTI PER MALATTIA AI SENSI DELL'ART. 34 COMMA 1-BIS DEL DECRETO LEGISLATIVO 17 AGOSTO 1999, N. 368

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____) il ____/____/_____,
codice fiscale _____, residente in _____
(prov. _____) Via _____ n. _____,
CAP _____; numero cell. _____,
indirizzo e-mail _____,
indirizzo PEC _____

DICHIARA

la propria disponibilità al conferimento dell'incarico temporaneo per lo svolgimento, con contratto di lavoro autonomo, delle funzioni di accertamento medico legale sui lavoratori pubblici e privati assenti per malattia affidate all'INPS, come da avviso pubblico emesso dalla Direzione regionale LOMBARDIA, manifestando la propria candidatura **per la seguente Sede territoriale** *(barrare una sola opzione)*

- | | |
|---|---|
| ☐ Direzione provinciale di BERGAMO | ☐ Direzione provinciale di BRESCIA |
| ☐ Direzione provinciale di COMO | ☐ Direzione provinciale di CREMONA |
| ☐ Direzione provinciale di LECCO | ☐ Direzione provinciale di LODI |

- | | |
|---|---|
| ☐ Direzione provinciale di MANTOVA | ☐ Direzione provinciale di MONZA |
| ☐ Direzione provinciale di PAVIA | ☐ Direzione provinciale di SONDRIO |
| ☐ Direzione provinciale di VARESE; | |

Dichiara altresì la propria disponibilità ad effettuare le visite mediche di controllo domiciliare all'interno di una singola fascia (antimeridiana o pomeridiana) **per determinati giorni della settimana**, che si impegna a rendere noti mensilmente entro il 22 del mese precedente.

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. _____;
- di essere in possesso del seguente documento d'identità in corso di validità:
tipo documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____;
- di essere reperibile ai seguenti recapiti:
Provincia _____ Comune _____
Via _____, n. _____ CAP _____
Telefono 1 _____ Telefono 2 _____
Posta Elettronica certificata _____
- di essere titolare di Partita IVA n. _____
- 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;
- di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità indicate nell'avviso di selezione.



In ogni caso, alla data di sottoscrizione del contratto, il candidato è tenuto a cessare qualsiasi attività eventualmente incompatibile con il conferimento dell'incarico.

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 iscritto/a **all'Ordine dei Medici** della provincia di _____ dal _____ al nr° iscrizione _____;
- ☐ di essere iscritto al __ **anno** della **scuola di specializzazione** in _____ presso _____;
- ☐ di essere iscritto al __ **anno** del **corso di formazione specifica in medicina generale** della Regione _____;

NB: a parità di condizione di precedenza, l'incarico sarà conferito al candidato iscritto ai primi anni di specializzazione/formazione specifica in medicina generale, ovvero, in subordine, al candidato con la minore età anagrafica.

Dichiara altresì:

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

_____;
- ☐ di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni: *(indicare quale P.A., sede, incarico, tempo parziale/pieno e periodi)*

_____;



- ☐ 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 di lavoro in corso:

-----;

- ☐ di NON essere imputato in procedimenti nei quali l'INPS figura come parte offesa, ovvero di NON essere stato destinatario di condanne penali, con provvedimento passato in giudicato, per i reati per i quali è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;

- ☐ di NON trovarsi nelle condizioni di inconferibilità dell'incarico di cui al Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n.39;

- ☐ di NON essere sottoposto a procedimenti disciplinari presso l'Ordine professionale di appartenenza;

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

- ☐ di NON svolgere l'attività di CT o CTP, ovvero svolgere consulenze medico-legali, per conto e nell'interesse di terzi, in procedimenti che configurino conflitto di interessi con l'INPS.

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.



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

Data _____

FIRMA _____

