

Alla Filiale Metropolitana INPS area Flegrea-Pozzuoli
inviare in allegato alla PEC all'indirizzo:
filiale.coordinamento.pozzuoli@postacert.inps.gov.it

OGGETTO: Domanda per reclutamento di sette Medici per l'effettuazione delle visite mediche di controllo in via provvisoria e temporanea nel bacino territoriale dell'area Flegrea-Pozzuoli

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____
_____, il _____ c.f. _____ residente a _____
_____ prov. _____ Via _____
_____ cell. _____
PEC _____;

CHIEDE

di essere ammesso al reclutamento di medici iscritti all'Ordine dei Medici per l'effettuazione delle Visite Mediche di Controllo disposte dalla Filiale Metropolitana INPS area Flegrea-Pozzuoli, 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 del bacino di competenza della Filiale Metropolitana.

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000:

- ☐ di avere cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (Stato _____), nei limiti e con le modalità indicate dall'art. 38 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- ☐ di aver pieno godimento dei diritti civili e politici;
- ☐ 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 in una delle fasce di reperibilità o entrambe (fascia antimeridiana/ fascia pomeridiana/ in entrambe le fasce): _____;
- ☐ di NON trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari di contratto di lavoro;

- ☐ di NON trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità indicate nell'Avviso di selezione;
- ☐ di NON essere imputati in procedimenti nei quali l'INPS figuri quale parte offesa, ovvero che siano stati destinatari 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 incorrere nelle condizioni di inconferibilità dell'incarico di cui al Decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;
- ☐ di NON essere sottoposti a procedimenti disciplinari presso l'Ordine professionale di Appartenenza;
- ☐ di NON svolgere attività di CTU o CTP, ovvero consulenze medico -legali, per conto e nell'interesse di terzi, in procedimenti che configurino conflitto di interessi con l'INPS;
- ☐ di NON essere stato destinatario di condanne penali, con sentenza passata in giudicato, per reati per i quali è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;
- ☐ di NON prestare la propria attività in INPS in qualità di medico esterno, medico convenzionato ACN e medico specialista;
- ☐ di NON svolgere attività a qualsiasi titolo presso presidi ASL coincidenti con l'ambito territoriale della Sede;
- ☐ 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 nell'Avviso di selezione.

Data _____

FIRMA

Allegati:

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