

Alla Direzione Regionale INPS Abruzzo

inviare in allegato alla seguente PEC:

[direzione.regionale.abruzzo@postacert.inps.gov.it](mailto:direzione.regionale.abruzzo@postacert.inps.gov.it)

OGGETTO: Avviso unico regionale di selezione pubblica per il reperimento di n. 20 medici fiscali - Dichiarazione di disponibilità.

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ Residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ e-  
mail \_\_\_\_\_

Dichiara la propria disponibilità al conferimento dell'incarico per lo svolgimento dell'attività di medico fiscale, con disponibilità per un minimo di 15 giorni al mese, come da avviso unico pubblicato da codesta Direzione regionale, nelle seguenti fasce di reperibilità (effettuare una scelta):

- ☐ su entrambe le fasce di reperibilità;
- ☐ antimeridiana (dalle ore 10.00 alle ore 12.00)
- ☐ pomeridiana (dalle ore 17.00 alle ore 19.00)

nell'ambito del bacino di competenza delle seguenti Strutture (indicare nelle caselle i numeri da 1 a 4 in ordine di preferenza):

- ☐ Direzione provinciale di CHIETI comprese le Agenzie territoriali;
- ☐ Direzione provinciale di L'AQUILA comprese le Agenzie territoriali;
- ☐ Direzione provinciale di PESCARA comprese le Agenzie territoriali;
- ☐ Direzione provinciale di TERAMO comprese le Agenzie territoriali;

Disponibilità giorni mensili (minimo 15) \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art. 76 e s.m.i.), con la presente dichiara:

- 1) di avere conseguito la laurea in medicina presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- 2) di essere iscritto all'Albo professionale della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_.

L'eventuale iscrizione all'Albo professionale in provincia diversa da quella in cui il medico intende candidarsi non costituisce motivo di esclusione;

- a. di essere iscritto al \_\_\_\_\_anno della scuola di  
specializzazione in\_presso\_\_\_\_\_;
- b. di essere iscritto al \_anno del corso di formazione specifica in medicina generale  
della Regione\_\_\_\_\_
- 3) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità/inconferibilità indicate  
nell'avviso,
- 4) di essere titolare di Partita IVA
- 5) di avere già svolto le funzioni di medico fiscale periodo temporale  
dal.....al..... presso l'INPS .....;

Comunica altresì il proprio numero di cellulare: \_\_\_\_\_ed il  
proprio indirizzo di posta elettronica ordinaria:

—

Autorizza, infine, INPS al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri  
dati personali ai fini degli adempimenti dell'espletamento della procedura in oggetto.

Allega la presente documentazione:

- fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.
- Curriculum Vitae aggiornato

Firma