

Alla DIREZIONE REGIONALE INPS MARCHE

Casella PEC: direzione.regionale.marche@postacert.inps.gov.it**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA**

PER IL REPERIMENTO DI MEDICI FISCALI, AI QUALI CONFERIRE INCARICHI TEMPORANEI CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO, PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI DI ACCERTAMENTO MEDICO LEGALE SUI LAVORATORI PUBBLICI E PRIVATI ASSENTI PER MALATTIA AFFIDATE ALL'INPS
(ai sensi delle Deliberazioni del Consiglio di Amministrazione n. 98/2025 e n. 201/2025)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome:

Nato/a a:

Prov. () il / / Codice Fiscale:

Residente in:

Prov. () CAP:

Indirizzo (Via/Piazza e n. civico):

Telefono cellulare:

E-mail ordinaria:

Indirizzo PEC (obbligatorio per comunicazioni):

Partita IVA (o impegno ad aprirla prima della stipula):

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso di selezione pubblica per il conferimento di incarichi temporanei di lavoro autonomo per l'espletamento delle funzioni di accertamento medico-legale sui lavoratori assenti per malattia, indetto dalla Direzione Regionale INPS Marche, e a tal fine manifesta la propria disponibilità per le seguenti strutture e modalità operative:

1. AMBITO TERRITORIALE PRESCELTO (esprimere l'ordine di preferenza 1^ e 2^ scelta):

Preferenza	Struttura Territoriale INPS Marche	Posti a bando
[]	Direzione provinciale di ANCONA (territorio di Fabriano)	n. 1 posto
[]	Direzione provinciale di ASCOLI PICENO	n. 1 posto
[]	Direzione provinciale di MACERATA	n. 1 posto
[]	Direzione provinciale di PESARO (territori di Pesaro, Fossombrone e Urbino)	n. 3 posti

2. DISPONIBILITÀ OPERATIVA E FASCE ORARIE:

Dichiara di garantire la propria disponibilità all'esecuzione delle visite mediche di controllo per un minimo di 15 giorni al mese (anche non consecutivi, da pianificare mensilmente entro il giorno 22 del mese precedente), nonché all'eventuale attività ambulatoriale presso i gabinetti INPS, optando per la seguente articolazione di reperibilità (barrare una sola opzione):

- ☐ **ENTRAMBE LE FASCE GIORNALIERE** (antimeridiana e pomeridiana - compenso fisso di reperibilità: € 82,99 / giorno feriale);
- ☐ **SINGOLA FASCIA ANTIMERIDIANA** (compenso fisso di reperibilità: € 41,49 / giorno feriale);
- ☐ **SINGOLA FASCIA POMERIDIANA** (compenso fisso di reperibilità: € 41,49 / giorno feriale).

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA:

- **Cittadinanza:** di avere la cittadinanza italiana ovvero di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (ex art. 38 D.Lgs. 165/2001);
- **Diritti civili e politici:** di godere del pieno esercizio dei diritti civili e politici;
- **Limite di età:** di avere un'età anagrafica inferiore a 72 anni alla data di pubblicazione dell'Avviso di selezione;
- **Accettazione avviso:** di essere a conoscenza di tutte le disposizioni, clausole e condizioni contenute nell'Avviso pubblico e di accettarle integralmente e senza riserva alcuna;
- **Titolo di studio:** di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di in data ____/____/____ con votazione di / 110;
- **Abilitazione:** di essere abilitato/a all'esercizio della professione di Medico Chirurgo dalla sessione anno
- **Iscrizione Albo:** di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di al n. con decorrenza dal ____/____/____ (l'eventuale iscrizione in provincia diversa da quella di assegnazione non costituisce motivo di esclusione);
- **Partita IVA:** di essere titolare di Partita IVA n. (ovvero di impegnarsi ad attivarla formalmente prima della stipula contrattuale);

3. CRITERI DI PRECEDENZA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO (art. 'Criteri di precedenza' dell'Avviso):

Ai fini della formazione della graduatoria e dell'applicazione dell'anzianità di servizio quale criterio di precedenza, dichiara:

- ☐ **DI AVER SVOLTO / SVOLGERE** attività di medico fiscale per conto dell'INPS ovvero attività di medico di controllo per conto di Aziende Sanitarie Territoriali (AST / ex ASL / ASUR) per i seguenti periodi:
- per conto INPS: Sede di dal ____/____/____ al ____/____/____ (mesi effettivi:);
 - per conto AST/ASL: Azienda dal ____/____/____ al ____/____/____ (mesi effettivi:);
- ☐ **DI NON AVER MAI SVOLTO** precedente attività di medico fiscale o di controllo domiciliare.

4. INSUSSISTENZA DI CAUSE DI ESCLUSIONE, INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ:

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- **Rapporti interni INPS:** di NON prestare la propria attività presso l'INPS in qualità di medico esterno convenzionato, medico convenzionato ACN per la medicina fiscale, ovvero medico specialista dell'Istituto;
- **Attività peritale:** di NON esercitare attività di Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) o di Parte (CTP), né consulenze medico-legali nell'interesse di terzi, in procedimenti che configurino situazioni di conflitto di interessi con l'INPS, ovvero di impegnarsi formalmente a far cessare tale attività prima della sottoscrizione del contratto;
- **Procedimenti disciplinari:** di NON essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari in corso presso l'Ordine professionale dei Medici Chirurghi di appartenenza;
- **Inconferibilità D.Lgs. 39/2013:** di NON trovarsi in alcuna delle condizioni di inconferibilità di cui al Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39;
- **Procedimenti penali INPS:** di NON essere imputato/a in procedimenti penali nei quali l'INPS figuri quale parte offesa;
- **Condanne penali ostative:** di NON essere stato/a destinatario/a 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;
- **Normativa generale:** di NON trovarsi in alcuna posizione ostativa o incompatibile ai sensi di specifiche norme di legge, regolamento o accordo contrattuale.

5. ATTIVITÀ PROFESSIONALI IN CORSO E RAPPORTI DI LAVORO:**a) Attività medica libero-professionale o privata:**

- ☐ NON svolge alcuna ulteriore attività medica in contrasto o coincidenza oraria con l'incarico;
- ☐ SVOLGE la seguente attività libero-professionale:

.....

b) Rapporti con Aziende del Servizio Sanitario Nazionale (AST / ASL / AO / IRCCS):

- ☐ NON ha rapporti di dipendenza, convenzionati o di consulenza con il SSN;
- ☐ HA IN CORSO il seguente rapporto con il SSN:

.....

(indicare AST di riferimento, tipologia di incarico MMG/PLS/Continuità assistenziale/Altro, monte orario settimanale e sede)

c) Rapporti di lavoro subordinato (pubblico o privato):

- ☐ NON è titolare di rapporti di lavoro subordinato;
- ☐ È TITOLARE di rapporto di lavoro subordinato con il seguente datore di lavoro:
- presso l'Ente/Azienda con
- orario di lavoro (tempo pieno/parziale) e a tal fine dichiara:

☐ di ALLEGARE il formale provvedimento di autorizzazione / nulla osta del datore di lavoro (ex art. 53 D.Lgs. 165/2001 se dipendente pubblico);

☐ di aver già richiesto in data ____/____/____ l'autorizzazione/nulla osta al datore di lavoro (di cui allega copia) e di impegnarsi a produrre l'autorizzazione definitiva prima della stipula contrattuale.

6. OBBLIGHI DI CONDOTTA E RISPETTO DEI CODICI DI COMPORTAMENTO:

- **Obbligo di astensione:** di obbligarsi formalmente ad astenersi dall'effettuare visite di controllo nei confronti del coniuge, di parenti o affini entro il quarto grado, ovvero nei confronti di propri pazienti privati o di persone con cui sussista un potenziale conflitto di interesse medico-legale;
- **Codici di comportamento:** di impegnarsi alla piena osservanza delle norme contenute nel Codice di comportamento dei dipendenti dell'INPS e nel Codice generale di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013);
- **Obbligo di comunicazione:** di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Direzione Regionale INPS Marche qualsiasi variazione delle situazioni dichiarate che possa determinare l'insorgenza di incompatibilità.

Informativa sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 - GDPR): Il/La sottoscritto/a autorizza l'INPS al trattamento dei dati personali forniti con la presente domanda per le finalità istituzionali connesse all'espletamento della procedura di selezione e alla successiva eventuale gestione del contratto di lavoro autonomo. Chiede che ogni comunicazione inerente la presente procedura venga trasmessa all'indirizzo PEC sopra indicato.

Si allegano obbligatoriamente alla presente domanda:

1. Copia fotostatica fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Curriculum vitae professionale aggiornato, datato e debitamente sottoscritto;
3. (ove applicabile) Copia dell'autorizzazione/nulla osta del datore di lavoro ex art. 53 D.Lgs. 165/2001 o ricevuta di richiesta.

Luogo e data:, ____/____/2026

Firma del/la dichiarante

.....