

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 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 D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e della Deliberazione del C.d.A. n. 63 del 29 aprile 2026)

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 formale ad attivarla prima della stipula contrattuale):

.....

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso di selezione pubblica per il conferimento di incarichi libero-professionali per l'espletamento delle funzioni di accertamento medico-legale domiciliare sui lavoratori assenti per malattia, indetto dalla Direzione Regionale INPS Marche ai sensi dell'art. 34, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 368/1999, e a tal fine manifesta la propria disponibilità per le seguenti strutture e modalità operative:

1. AMBITO TERRITORIALE PRESCELTO (esprimere l'ordine di preferenza apponendo 1ª e 2ª 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 (art. 'Impegno del medico' dell'Avviso):

Dichiara la propria disponibilità ad effettuare le visite mediche di controllo domiciliari all'interno di una singola fascia oraria giornaliera (antimeridiana o pomeridiana) per determinati giorni della settimana, impegnandosi a comunicare le giornate di disponibilità con cadenza mensile ed entro il giorno 22 del mese precedente (fatta salva la possibilità di rimodulazione concordata per improrogabili impegni formativi), optando per la seguente fascia oraria preferenziale (barrare una sola opzione):

- ☐ **SINGOLA FASCIA ANTIMERIDIANA** (compenso fisso di reperibilità: € 41,49 / giornata di effettivo svolgimento);
- ☐ **SINGOLA FASCIA POMERIDIANA** (compenso fisso di reperibilità: € 41,49 / giornata di effettivo svolgimento);
- ☐ **INDIFFERENTEMENTE IN FASCIA ANTIMERIDIANA O POMERIDIANA** (a discrezione dell'Ufficio secondo le mutevoli esigenze di servizio).

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, nei limiti e con le modalità indicate dall'art. 38 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- **Diritti civili e politici:** di godere del pieno esercizio dei diritti civili e politici;
- **Accettazione integrale avviso:** di essere a conoscenza di tutte le disposizioni, clausole, termini e condizioni contenuti nell'Avviso pubblico regionale e di accettarli integralmente e senza riserva alcuna;
- **Subordinazione e salvaguardia:** di essere pienamente consapevole che la presente selezione è espressamente subordinata al presupposto di legge della persistente carenza di medici fiscali (art. 34, c. 1-bis, D.Lgs. 368/1999) e che il conferimento dell'incarico avrà luogo unicamente per i posti e i fabbisogni che dovessero residuare all'esito delle assegnazioni effettuate nell'ambito della contestuale procedura regionale ordinaria indetta ai sensi delle Deliberazioni C.d.A. n. 98/2025 e n. 201/2025;
- **Nessun vincolo per l'Istituto:** di prendere atto che la partecipazione al presente Avviso non fa sorgere alcun obbligo o vincolo di assegnazione o stipula a carico dell'INPS, né dà diritto ad indennizzi o risarcimenti;
- **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 professionale:** di essere abilitato/a all'esercizio della professione di Medico Chirurgo dalla sessione anno;
- **Iscrizione all'Albo:** di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine Provinciale di al n. con decorrenza dal / / (l'eventuale iscrizione in provincia diversa da quella per cui si manifesta la disponibilità 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. STATUS FORMATIVO E CRITERI DI PRECEDENZA (art. 'Criteri di precedenza' dell'Avviso):

Ai fini della verifica del requisito di ammissione e per la formazione della graduatoria di merito (in base al criterio di precedenza dell'iscrizione ai primi anni di corso e, in subordine, della minore età anagrafica), dichiara di trovarsi nella seguente condizione (barrare la voce di interesse):

☐ **MEDICO SPECIALIZZANDO:**

- di essere regolarmente iscritto al _____ anno di corso (su una durata legale complessiva di anni _____) della Scuola di Specializzazione di area sanitaria in:

.....

presso l'Università degli Studi di:

.....

con data presunta di conclusione del percorso formativo specialistico: / /

☐ **CORSISTA DI MEDICINA GENERALE (MMG):**

- di essere regolarmente iscritto al _____ anno di corso (su una durata complessiva triennale) del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale organizzato dalla Regione:

.....

con data presunta di conseguimento del diploma di formazione: / /

- **Rispetto degli obblighi formativi:** di dichiarare sotto la propria personale responsabilità che lo svolgimento dell'attività libero-professionale per conto dell'INPS avverrà al di fuori dell'orario formalmente dedicato alla formazione specialistica o al corso MMG, nel pieno rispetto degli obblighi didattici e di tirocinio previsti dal piano di studi (ex art. 34, c. 1-bis, D.Lgs. 368/1999);

- **Durata dell'incarico:** di essere consapevole che l'incarico libero-professionale eventualmente conferito avrà durata pari alla durata residua del rispettivo corso di formazione specialistica o specifica in medicina generale, e cesserà di diritto al conseguimento del titolo.

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

Dichiara sotto la propria personale responsabilità:

- **Procedimenti penali INPS:** di NON essere imputato/a in procedimenti penali nei quali l'INPS figura quale parte offesa;
- **Condanne penali ostative:** di NON essere stato/a destinatario/a di condanne penali, con sentenza passata 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;
- **Inconferibilità D.Lgs. 39/2013:** di NON trovarsi in alcuna delle condizioni ostative o di inconferibilità dell'incarico di cui al Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39;
- **Procedimenti disciplinari:** di NON essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari in corso presso l'Ordine professionale dei Medici Chirurghi di appartenenza;
- **Attività peritale in conflitto:** di NON svolgere attività di CTU o CTP, né consulenze medico-legali nell'interesse di terzi, in procedimenti che configurino conflitto di interessi con l'INPS (ovvero di impegnarsi a far cessare formalmente tale attività prima dell'eventuale stipula del contratto);
- **Normativa generale:** di NON trovarsi in alcuna posizione incompatibile per specifiche norme di legge, di regolamento o di contratto di lavoro;
- **Rapporti con l'INPS:** di NON essere titolare di ulteriori incarichi o contratti convenzionati in essere con l'INPS;

5. ATTIVITÀ PROFESSIONALI IN CORSO E AUTORIZZAZIONE / NULLA OSTA FORMATIVO:**a) Ulteriori attività professionali ammesse dalla legge per medici in formazione:**

- ☐ NON svolge alcuna ulteriore attività medica libero-professionale al di fuori della formazione;
- ☐ SVOLGE la seguente attività (es. continuità assistenziale, sostituzioni MMG/PLS, guardie mediche turistiche, ecc.):
-

b) Autorizzazione / Nulla Osta dell'Ente di Formazione (Università / Regione):

- ☐ di ALLEGARE il provvedimento di autorizzazione / nulla osta rilasciato dalla Direzione della Scuola di Specializzazione ovvero dall'Ente regionale gestore del Corso MMG, attestante la compatibilità dell'incarico con gli obblighi formativi;
- ☐ di aver già formalmente richiesto in data / / il rilascio del nulla osta/autorizzazione (di cui si allega copia della richiesta) e di impegnarsi formalmente a produrre l'autorizzazione definitiva prima della sottoscrizione del contratto.

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 assistiti o soggetti con i quali sussista un potenziale conflitto di interesse medico-legale;
- **Codici di comportamento:** di impegnarsi alla piena e rigorosa osservanza delle norme contenute nel vigente Codice di comportamento dei dipendenti dell'INPS e nel Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013);
- **Obbligo di tempestiva comunicazione:** di impegnarsi a comunicare immediatamente alla Direzione Regionale INPS Marche qualsiasi variazione delle situazioni sopra dichiarate, nonché l'eventuale conseguimento del titolo o la cessazione del corso di studi, che determini il venir meno dei requisiti o l'insorgenza di cause 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 libero-professionale. 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 valido documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Curriculum vitae formativo e professionale aggiornato, datato e debitamente sottoscritto;
3. Certificato o dichiarazione sostitutiva attestante l'iscrizione e l'anno di corso alla Scuola di Specializzazione ovvero al Corso MMG;
4. (ove già disponibile) Copia dell'autorizzazione/nulla osta della Scuola di Specializzazione o della Regione (Corso MMG) o ricevuta della relativa istanza.

Luogo e data:, ... / / 2026

Firma del/la dichiarante

.....