Allegato 1

Alla Direzione regionale Molise
inviare in allegato alla seguente PEC:
direzione.regionale.molise@postacert.inps.gov.it

Direzione regionale Molise - Avviso di selezione pubblica per il reperimento di n. 4 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

La/Il sottoscritta/o ……, nata/o il ……/……/…… a ……, provincia ……
C.F.……residente in…… .prov (…….)
Via……n.……Cap……;
numero cell……numero fisso……
indirizzo email……
Pec……
Partita IVA……

Dichiara

la propria disponibilità al conferimento dell'incarico libero-professionale per lo svolgimento delle funzioni di accertamento medico-legale sui lavoratori pubblici e privati per malattia ai sensi dell'art.34 comma 1-bis del Decreto legislativo 17 agosto 1999, n.368, come da Avviso pubblico emesso dalla Direzione regionale Molise, manifestando la propria candidatura per il seguente bacino di competenza territoriale:

- Direzione provinciale di Campobasso e Agenzia territoriale di Termoli;

assicurando un impegno all'interno della singola fascia oraria giornaliera di reperibilità, antimeridiana e/o pomeridiana, da concordare mensilmente.

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 D.P.R.n. 445 del 2000, dichiara:

- di essere cittadina/o italiano o 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;
- di essere nel pieno godimento dei diritti civili e politici;
- di essere in possesso del seguente documento d'identità in corso di validità:

tipo documento …… , nr ……. rilasciato da …… il …. ./……./……..

- di essere reperibile ai seguenti recapiti:
- di impegnarsi a comunicare a mezzo PEC all'indirizzo: direzione.regionale.molise@postacert.inps.gov.it successive eventuali variazioni di indirizzo di posta elettronica certificata;
- di essere titolare di partita IVA;
- di aver allegato alla domanda il curriculum vitae aggiornato;
- 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 alcune delle cause di inconferibilità/incompatibilità indicate nell'avviso di selezione;
- di non essere imputato in procedimenti nei quali l'INPS figuri quale parte offesa, ovvero che non essere 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 essere 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 esercitare 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 essere consapevole che in ogni caso, alla data di sottoscrizione del contratto è tenuto a cessare qualsiasi attività eventualmente incompatibile con il conferimento incarico.

Dichiara altresì:

- di essere iscritta/o all'albo professionale dei Medici della provincia di: …… :

- Data iscrizione: ……

- Numero iscrizione: ……

- Pec o indirizzo email di contatto dell'ordine: ……..

- di essere iscritto/a al _ _ _ _ anno della scuola di specializzazione in…… presso……la cui durata totale è di anni…….con termine alla data del…… ;

- di essere iscritto/a al _____anno del corso di formazione specifica in medicina generale della Regione----------la cui durata è di anni……con termine alla data del ……;

- Pec o indirizzo email di contatto dell'Ente (Università o altra struttura presso cui si svolge l'attività formativa): ……

Dichiara di acconsentire al trattamento dei dati personali inseriti nella presente domanda, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 e del Regolamento UE n. 2016/679 e successivi provvedimenti attuativi.

Allega aggiornato curriculum vitae.

Non saranno prese in considerazione domande illeggibili, incomplete o presentate in formato diverso da quello richiesto.

Luogo ……
Data ……

Firma del candidato

……