ALLA DIREZIONE PROVINCIALE INPS DI RAGUSA

tramite PEC: direzione.provinciale.ragusa@postacert.inps.gov.it

Oggetto: Avviso pubblico per la ricerca di disponibilità di medici di controllo- Dichiarazione di disponibilità

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a_____ (_____) il giorno _____

residente a _____ (_____)

in Via _____ n. _____

cod. fisc. _____, Partita IVA _____

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento dell'incarico per lo svolgimento, in via provvisoria e temporanea, dell'attività di medico di controllo come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione provinciale nelle seguenti fasce di reperibilità (effettuare una scelta o ambedue):

□ antimeridiana **(dalle ore 9.00 alle ore 13.00)**

□ pomeridiana **(dalle ore 15.00 alle ore 19.00)**

nell'ambito territoriale di competenza della Sede di Ragusa e dell'Agenzia di Vittoria.

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 cittadinanza italiana/Unione Europea (Stato _____);

2) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università Studi di _____ in data _____ con il punteggio di _____ ;

3) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____ presso _____;

4) di essere iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di _____ al n. _____ ;

5) di essere in possesso del/dei seguenti diplomi di specializzazione:

- ☐ Medicina legale conseguito presso _____
- ☐ Medicina legale e delle assicurazioni conseguito presso _____
- ☐ Medicina legale ed infortunistica conseguito presso _____
- ☐ Medicina del lavoro conseguito presso _____
- ☐ Igiene e sanità pubblica conseguito presso _____
- ☐ Formazione specifica in Medicina Generale conseguito presso _____
- ☐ Altra specializzazione (specificare):

  _____

  _____

  _____

6) di essere in possesso della seguente formazione post-universitaria:

- ☐ Dottorato di ricerca in materia affine alla Medicina legale conseguito presso _____;
- ☐ Dottorato di ricerca in materia non affine alla Medicina legale conseguito presso _____;
- ☐ Master universitario in materia affine alla Medicina legale conseguito presso _____;
- ☐ Master universitario in materia non affine alla Medicina legale conseguito presso _____

7) di aver prestato attività in qualità di medico fiscale INPS

presso la sede _____dal _____al _____

8) di aver prestato attività in materia assistenziale e/o previdenziale presso l'INPS in qualità di medico convenzionato esterno

presso la sede _____dal _____al _____

9) di aver prestato attività in qualità di medico fiscale ASL

presso _____dal _____al _____

10) di aver prestato attività in materia assistenziale e/o previdenziale presso P.A. diversa dall'INPS

presso la sede _____dal _____al _____

11) di non svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia,

ovvero

di svolgere la/le seguenti attività: _____

_____;

12) di non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale,

ovvero

di avere i seguenti rapporti in corso _____

_____

13) di non aver rapporti di lavoro con aziende private o pubbliche,

ovvero

di avere i seguenti rapporti in corso _____

_____

14) di non aver riportato condanne penali

ovvero

di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____

_____

15) di non avere procedimenti penali in corso

ovvero

di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____

_____

16) di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, né di essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico.

Dichiara, altresì, di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni e prescrizioni contenute nell'avviso pubblico emesso da codesta Direzione provinciale, nonché di aver preso visione delle circolari INPS e dell'ACN citati nello stesso, in particolare per ciò che concerne:

- l'insussistenza di cause di incompatibilità, inconferibilità dell'incarico di cui all'art 13 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Fiscale e Convenzionata ACN;

- i compensi di cui all'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale richiamato.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo PEC: _____

Comunica, altresì, il proprio numero di cellulare: _____

e il proprio indirizzo e-mail _____

Infine, autorizza l'INPS al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini dell'espletamento della procedura in oggetto.

Allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità e *Curriculum Vitae* in formato europeo.

_____ , li _____ Firma

_____

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445.