

Alla Direzione Provinciale INPS di Prato
inviare in allegato a PEC all'indirizzo:
direzione.provinciale.prato@postacert.inps.gov.it

OGGETTO: Domanda per reclutamento Medici per l'effettuazione delle Visite
Mediche di Controllo – dichiarazione di disponibilità

Il/la sottoscritto/a Dott. _____
_____ nato/a
_____, il _____ residente a
_____ prov. _____ via _____
cell. _____; mail _____
PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso al reclutamento di medici iscritti all'Ordine dei Medici per l'effettuazione delle Visite Mediche di Controllo disposte dalla Direzione Provinciale INPS di Prato, d'ufficio e/o su richiesta del datore di lavoro, nei confronti dei lavoratori pubblici e privati residenti e/o domiciliati, per l'evento di malattia, nell'ambito territoriale della Provincia di Prato.

DICHIARA

- di aver cittadinanza italiana/unione europea (Stato _____)
- di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di _____, il _____, con la votazione di _____
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____
- di aver conseguito la seguente specializzazione in: _____ il _____
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ con il n. _____
- di risultare idoneo alla selezione svolta da _____ per l'affidamento di incarichi in materia di medicina legale
- di aver svolto funzioni di medico fiscale per l'INPS / ASL (se sì, specificare periodo ed ente): _____
- di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana in entrambe le fasce di reperibilità giornaliera o solo in una (M o P) _____
- di NON trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro
- di NON svolgere attività a qualsiasi titolo presso presidi ASL coincidenti con l'ambito territoriale della Sede

- ○ di NON svolgere perizie o consulenze medico-legali, per conto o nell'interesse di privati, che comunque abbiano attinenza con le materie di competenza dell'INPS o di altri Enti previdenziali
- ○ di NON essere stato esonerato da analogo incarico precedentemente ricoperto in INPS
- ○ di NON aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso di essere consapevole delle responsabilità, anche penali, che derivano dalla falsa e non veritiera attestazione delle notizie fornite. Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento, nei limiti delle disposizioni vigenti, dei dati necessari all'istruzione e alla gestione della domanda che lo/la riguarda.

Dichiara di aver preso visione dell'ACN sottoscritto l'11/10/2022 per ciò che concerne incompatibilità e i compensi.

Data _____ FIRMA _____

Allegati: copia documento di riconoscimento in corso di validità