

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL REPERIMENTO DI N. 2
MEDICI CUI CONFERIRE INCARICHI INDIVIDUALI CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO, IN
ATTUAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE DELLA RIFORMA DI CUI ALL'ART.33 DEL D.LGS.
62/2024, PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI FINALIZZATE
ALL'ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITÀ MEDICO - LEGALI DELL'INPS PRESSO IL CENTRO MEDICO
LEGALE DELLA DIREZIONE PROVINCIALE INPS DI LA SPEZIA**

Io sottoscritto/a _____, nato il _____ a _____
provincia di _____ codice fiscale _____

dichiaro

- di essere residente nella città di _____ provincia di _____, VIA
_____ CAP _____

- di essere in possesso del seguente documento d'identità:

tipo documento _____ numero _____
rilasciato _____ il _____ (allegato alla presente)

- di essere reperibile ai seguenti recapiti:

Provincia: _____

Comune: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____

Telefono 1: _____

Telefono 2: _____

Posta elettronica certificata: _____

-di impegnarmi a comunicare – a _____ mezzo _____ PEC all'indirizzo
direzione.regionale.liguria@postacert.inps.gov.it successive eventuali variazioni di indirizzo di posta
elettronica certificata;

-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 integralmente senza riserva alcuna;

- di garantire la presenza oraria da un minimo di 15 a un massimo di 25 ore settimanali esprimendo un'unica preferenza tra:

- ☐ 15 ORE SETTIMANALI
- ☐ __ ORE SETTIMANALI
- ☐ 20 ORE SETTIMANALI
- ☐ __ ORE SETTIMANALI
- ☐ 25 ORE SETTIMANALI

-di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Laurea	
Data Conseguimento	
Voto	
Università	
Città	
Indirizzo	
Pec o indirizzo e-mail di contatto	

di essere iscritto all'albo professionale dei medici

- Provincia: _____

- Data Iscrizione: _____

- Numero Iscrizione: _____

- PEC o indirizzo email di contatto: _____

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni

Tipo	
Ateneo/Istituto/Ente	
Città	
Indirizzo	
PEC o indirizzo email di contatto	
Data Conseguimento	

-di non trovarmi in alcuna delle seguenti condizioni di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico in parola:

- età anagrafica pari o superiore a 75 anni;
- sussistenza di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato presso qualsiasi ente pubblico o privato;
- esercizio dell'attività di medico di medicina generale, ovvero medico pediatra, convenzionato con il SSN presso la provincia ove è conferito l'incarico. In caso di territorio ove siano presenti nella medesima provincia due o più Unità Operative medico legali, ovvero strutture operative decentrate medico legali, l'incompatibilità è limitata alle Unità Operative medico legali/ strutture operative decentrate medico legali che hanno competenza relativamente al territorio di riferimento della ASL di appartenenza del medico;
- esercizio dell'attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato con il SSN presso la provincia ove è conferito l'incarico;
- avere in corso collaborazioni con studi legali in materia previdenziale e assistenziale e in ogni caso svolga attività in procedimenti che configurino conflitto di interessi, anche potenziale, con l'INPS;
- essere titolare o avere partecipazioni delle quote di imprese, qualora le stesse possano configurare conflitto di interesse, anche potenziale, con l'INPS;

- avere avuto pregressi rapporti con l'INPS conclusisi con note negative in relazione a comportamenti professionali inappropriati, che ne hanno impedito il rinnovo contrattuale;
- essere, nell'ambito di svolgimento di attività sanitaria, proprietario, socio o azionista di maggioranza, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture, aziende, qualora ciò sia incompatibile con l'oggetto dell'incarico;
- svolgimento di analoga attività presso Commissioni mediche in ambito assistenziale, indipendentemente dall'ambito territoriale;
- esercizio dell'attività di medico fiscale;
- espletamento di compiti politici o amministrativi presso organi o enti territoriali e/o nazionali, cariche pubbliche elettive, incarichi governativi, mandato parlamentare;
- attività di collaborazione, a qualsiasi titolo, con CAF e Patronati;
- essere imputato in procedimenti penali nei quali l'INPS figura quale parte offesa, ovvero che siano stati 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.

Dichiaro, altresì, di non trovarmi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro.

In ogni caso, alla data della sottoscrizione del contratto, mi impegno a cessare qualsiasi attività eventualmente incompatibile con il conferimento dell'incarico.

Ai fini della valutazione di condizioni di precedenza per il conferimento dell'incarico, dichiaro altresì:

- di avere già svolto le funzioni di medico esterno per adempimenti medico-legali per l'INPS;

Tipo attività	
Funzione Ricoperta	
Periodo Temporale	
Sede INPS di	

- di avere conseguito posizione di idoneità in graduatorie non scadute, a seguito di selezione svolta da una Pubblica Amministrazione per l'affidamento di incarichi in materia di medicina legale;

Ente	
Estremi graduatoria	

Io sottoscritto dichiaro 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.

Chiedo pertanto:

di partecipare alla selezione pubblica per il reperimento medici cui conferire incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo per lo svolgimento di prestazioni libero professionali finalizzate all'espletamento delle attività medico - legali dell'INPS presso il Centro Medico Legale della Direzione provinciale INPS di La Spezia .

Tutte le dichiarazioni sono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Allego la seguente documentazione:

- Curriculum vitae in formato europeo
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità

Firma