



Alla Direzione regionale INPS
P.zza Borgo Pila, 40
16129 Genova
PEC: direzione.regionale.liguria@postacert.inps.gov.it

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA 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 DECRETO LEGISLATIVO 17 AGOSTO 1999, N. 368

Il/la sottoscritto/a Dott. _____,
nato/a a _____, il ____/____/____,
residente a _____, prov. _____,
in via _____ n. _____ CAP _____,
codice fiscale _____,
cellulare: _____,
mail: _____,
PEC: _____,
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 regionale INPS Liguria, per l'ambito territoriale di competenza della Direzioni provinciali INPS di (indicare 1° e 2° scelta):

- Direzione provinciale INPS di Genova comprensivo delle Agenzie di Sestri Levante e Sestri Ponente

- Direzione provinciale INPS di Imperia
- Direzione provinciale INPS di Savona
- Direzione provinciale INPS di La Spezia

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 DPR n. 445/2000, dichiara:

- di essere residente nella città di _____, provincia di _____, in via _____, n. _____ CAP _____

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

tipo documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il ____/____/____;

- di essere reperibile ai seguenti recapiti:

Provincia _____ Comune _____

via _____, n. _____, Cap _____,

telefono _____,

PEC _____;

- di avere cittadinanza italiana / europea;
- di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità indicate nell'avviso di selezione.
- 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.

A tal fine, dichiara:

- di essere in possesso del diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA, conseguito presso l'Università _____ degli Studi _____ di _____ il _____ con la votazione di _____;
- di essere iscritto al _____ anno della scuola di specializzazione in _____ presso _____;

- di essere iscritto al _____ anno del corso di formazione specifica in medicina generale della Regione

☐ di NON svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia, ovvero

☐ di svolgere la/le seguente/i attività:

- di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni (indicare quale PA, sede, incarico, tempo parziale/pieno e periodi)

☐ di NON avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale ovvero

☐ di avere i seguenti rapporti in corso:

- di NON avere rapporti di lavoro con aziende private o pubbliche ovvero
- di avere i seguenti rapporti in corso:

- di NON aver riportato condanne penali con sentenza passata in giudicato, per reati per i quali è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro, ovvero

- di aver riportato le seguenti condanne penali:

- di NON trovarsi nelle condizioni di inconferibilità dell'incarico di cui al Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n.39;
- di NON essere stato/a destituito/a o dispensato/a da impiego presso Pubblica Amministrazione e di NON essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico;
- di NON svolgere l'attività di CT o CTP, ovvero svolgere consulenze medico-legali, per conto e nell'interesse di terzi, in procedimenti che configurino conflitto di interessi con l'INPS.
- di NON trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;
- di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo all'interno di una singola fascia (antimeridiana o pomeridiana) per determinati giorni della settimana:
 - ☐ solo fascia reperibilità MATTINA
 - ☐ solo fascia reperibilità POMERIGGIO.

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 e chiede che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia inviata all'indirizzo PEC sopra comunicato.

Luogo e Data _____, ____/____/_____

FIRMA _____

Allegati:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Curriculum vitae.