

Alla Direzione regionale INPS Trentino Alto Adige

PEC: direzione.regionale.trentinoaltoadige@postacert.inps.gov.it

Oggetto: Direzione regionale Trentino Alto Adige - Avviso di selezione pubblica per il reperimento di n. 8 medici fiscali, ai quali conferire incarichi temporanei con contratto di lavoro autonomo, per lo svolgimento delle funzioni di accertamento medico legale sui lavoratori pubblici e privati assenti per malattia affidate all'INPS.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov.) il _____,
residente in _____ (prov.)
Via _____ n _____, CAP _____
codice fiscale _____,
cell. _____; mail _____,
PEC _____,
Partita IVA _____,

DICHIARA

la propria disponibilità al conferimento dell'incarico temporaneo per lo svolgimento, con contratto di lavoro autonomo, delle funzioni di accertamento medico legale sui lavoratori pubblici e privati assenti per malattia affidate all'INPS, come da avviso pubblico emesso dalla Direzione regionale Trentino Alto Adige, manifestando la propria candidatura per la seguente Sede territoriale:

(barrare una sola opzione)

- Direzione provinciale di TRENTO (n. 4 posti)
- Direzione provinciale di BOLZANO (n. 4 posti),

assicurando un impegno per un minimo mensile pari ad almeno 15 giorni, anche non consecutivi, nella seguente fascia oraria giornaliera di reperibilità:

(barrare una sola opzione)

- solo fascia reperibilità ANTIMERIDIANA
- solo fascia reperibilità POMERIDIANA
- in entrambe le fasce di reperibilità, ANTIMERIDIANA e POMERIDIANA.

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 del 2000, dichiara:

- di essere residente nella città di _____, provincia di _____ (____), in via _____;
- 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 1 _____ Telefono 2 _____
Posta elettronica certificata _____
- di essere titolare di Partita IVA _____
- di avere cittadinanza italiana/europea;
- 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 alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità indicate nell'avviso di selezione.

In ogni caso, alla data di sottoscrizione del contratto, il candidato è tenuto a cessare qualsiasi attività eventualmente incompatibile con il conferimento dell'incarico.

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 in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ nr° iscrizione _____;

di aver conseguito il/ seguente/i diploma/i di specializzazione in

in data _____ presso _____

in data _____ presso _____.

Al fine della valutazione di condizioni di precedenza per il conferimento dell'incarico, dichiara altresì:

di aver già svolto attività di medico fiscale:

per conto INPS (*indicare la sede e i periodi*):

INPS _____ dal _____ al _____

per conto ASL (*indicare la sede e i periodi*):

ASL _____ dal _____ al _____ ;

NB: a parità di condizione di precedenza, l'incarico verrà conferito al candidato con una maggiore anzianità di servizio nelle funzioni sopra indicate, ovvero, in subordine, al candidato con la minore età anagrafica.

Dichiara altresì:

di NON svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa regione, ovvero di svolgere la/le seguente/i attività:

----- ;

- di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni:
(indicare quale P.A., 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 di lavoro in corso:
- -----;
- di NON aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne Penali:
- -----;
- di NON avere procedimenti penali in corso ovvero di avere il/i seguente/i procedimenti penali in corso:
- -----;
- di NON essere stato destituito/a o o dispensato/a da impiego presso Pubblica Amministrazione, e di NON essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico;
- 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 candidatura;
- 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.

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.

Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità e copia del *curriculum vitae* aggiornato.

Data _____

FIRMA _____