



Direzione Provinciale INPS PAVIA



Alla Direzione Provinciale INPS di PAVIA

Oggetto: Avviso pubblico per la ricerca di N. 6 medici per l'effettuazione di visite mediche di controllo presso la Direzione Provinciale di Pavia.

Il/la sottoscritto/a nato/a _____ (____) il giorno _____, residente in _____, alla Via _____ n. _____,

Codice fiscale _____, Cell. _____. 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 dalla Direzione Provinciale di **PAVIA** per l'ambito territoriale provinciale di **PAVIA**.

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 _____, n _____ CAP _____
 - di essere in possesso del seguente documento d'identità in corso di validità: tipo documento _____, nr _____ rilasciato da _____ il ____/____/_____
 - di essere reperibile ai seguenti recapiti:
 - Telefono: _____
 - Posta Elettronica: _____; pec: _____
 - 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.

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 _____;
 - di aver conseguito il/seguente/i diploma/i di specializzazione:
 - _____ in data _____;
 - _____ in data _____;
 - _____ in data _____;
 - di NON svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia, ovvero di svolgere la/le seguente/i attività:
-
-
-

- di NON essere presente in posizione di IDONEITÀ in graduatorie non scadute a seguito di selezione svolta da Pubblica Amministrazione per affidamento di incarichi in materia di Medicina Legale; in caso contrario, _____ indicare _____ quali _____;

- di NON prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni (in caso contrario, indicare quale P.A, sede, incarico, tempo parziale/pieno e periodi) ;

- di NON svolgere/aver svolto attività di medico di controllo per conto INPS/ASL (in caso contrario, indicare la sede e i periodi):

- ASL _____ dal _____ al _____;

- INPS _____ dal _____ al _____;

- 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 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 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 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 trovarsi in alcuna delle seguenti cause di incompatibilità e di inconferibilità di cui agli artt. 13 e 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la medicina fiscale convenzionata INPS;

- di NON essere destinatario di alcun provvedimento di irrogazione di sanzioni di cui all'art. 3 comma 7 lett. d) e 8 del presente accordo;

- di garantire la propria disponibilità a eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana:

in entrambe le fasce giornaliere di reperibilità;

solo fascia reperibilità mattina;

solo fascia reperibilità pomeriggio;

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi delle disposizioni vigenti e chiede che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia inviata all'indirizzo PEC sopra comunicato.

Dichiara, altresì, di aver preso visione delle circolari INPS nn. 4 e 199 del 2001, e n. 86 del 2008, oltre che dell'Accordo Nazionale sottoscritto in data 11/10/2022.



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

Data _____

FIRMA _____



Viale Cesare Battisti n. 146/b, 27100, Pavia.
Contact center: 803164 da telefono fisso;
06164164 da cellulare.

direzione.provinciale.pavia@postacert.inps.gov.it
www.inps.it