



Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Direzione provinciale Catanzaro
Area Direzione

Alla Direzione Provinciale INPS
Via Crispi, 77
88100 CATANZARO

Direzione.provinciale.catanzaro@postacert.inps.gov.it

OGGETTO: Domanda per reclutamento Medici per l'effettuazione delle visite Mediche di Controllo.

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

CHIEDE

di essere ammesso al reclutamento di medici iscritti all'Ordine dei Medici per l'effettuazione delle Visite Mediche di Controllo disposte dall'Agenzia Complessa di Lamezia Terme, d'ufficio e/o su richiesta del datore di lavoro per l'evento di malattia nei confronti dei lavoratori pubblici e privati residenti e/o domiciliati nell'ambito territoriale di competenza dell'Agenzia Complessa di Lamezia Terme

DICHIARA

- 1) di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università _____, il _____, con la votazione di _____;
- 2) di aver conseguito la seguente specializzazione in: _____ il _____;
- 3) di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ con il n. _____;
- 4) di risultare idoneo alla selezione svolta da _____ per l'affidamento di incarichi in materia di medicina legale;

Via F. Crispi, 77
88100 Catanzaro
Direzione.provinciale.catanzaro@postacert.inps.gov.it
www.inps.it

5) di aver svolto funzioni di medico fiscale per l'INPS / ASP nell'ultimo quadriennio (se sì, specificare periodo ed ente): _____

6) di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana in entrambe le fasce di reperibilità giornaliere;

7) di non trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge regolamentari o di contratto di lavoro;

8) di NON svolgere attività a qualsiasi titolo presso presidi ASP coincidenti con l'ambito territoriale della Sede o 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;

9) di NON essere stato esonerato da analogo incarico precedentemente ricoperto in INPS;

10) 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 delle circolari INPS n. 4 e n. 199 del 2001, e n. 86 del 2008 per ciò che concerne le incompatibilità e i compensi.

Data _____

FIRMA _____

Allegati:

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