INPS
Direzione regionale Friuli Venezia Giulia
Direttore

Alla Direzione regionale INPS
Via Cesare Battisti, 10/d
Trieste
PEC:
Direzione.regionale.friuliveneziagiulia@postacert.inps.gov.it

OGGETTO: Domanda per selezione pubblica per il reperimento di n.3 (tre) medici fiscali nei Comuni ricadenti presso l' area della Direzione provinciale INPS di TRIESTE e (uno) e di PORDENONE (due)

Il/la sottoscritto/a Dott.

_____,

nato/a _____, il ___/___/_____,

residente a _____, prov. _____,

in via _____,

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 Friuli Venezia Giulia, per l'ambito territoriale di competenza, in ordine di preferenza, della Direzione provinciale INPS di:

1) di ----------

2) di .....

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 _____ nr _____rilasciato da _____;
- di essere reperibile ai seguenti recapiti: Provincia _____ - Comune _____ - via _____, n. _____, Cap _____, telefono _____, 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 della Provincia di _____ dal _____ con il n._____;

☐ di aver conseguito la seguente specializzazione in

_____il _____;

_____il _____;

_____il _____;

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

_____

_____

_____

_____

☐ di 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 (indicare quali _____);

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

_____

_____;

☐ di svolgere /aver svolto attività di medico di controllo per conto INPS / ASP (indicare la sede e i periodi):

ASP _____ 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 procedimento/i penale/i in corso:

_____

_____;

☐ 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 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 ASP 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 cause di incompatibilità e inconferibilità di cui agli articoli 13 e 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la medicina fiscale convenzionata INPS, sottoscritto con le Organizzazioni Sindacali di categoria comparativamente più rappresentative sul piano nazionale in data 11 ottobre 2022;

☐ di NON essere destinatario di alcun provvedimento di irrogazione di sanzioni di cui all'art. 3, comma 7 e 8 del citato ACN;

☐ di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana:

O in entrambe le fasce giornaliere di reperibilità

O solo fascia reperibilità MATTINA

O 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.

Dichiara altresì di aver preso visione delle circolari INPS n. 4 e n. 199 del 2001, n. 86 del 2008 e messaggio INPS Hermes n. 2524 del 07 giugno 2016, oltre che dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) sottoscritto in data 11/10/2022, in particolare per ciò che concerne le incompatibilità e i compensi.

Luogo e Data _____, ___/___/_____

FIRMA _____

Allegati:

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