



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Direzione provinciale Reggio Emilia

Il direttore

COMUNICAZIONE DISPONIBILITA' COME MEDICO DI CONTROLLO INPS

Il/La sottoscritto/a,

Cognome : _____
Nome : _____
Data di Nascita : ___/___/_____
Comune Nascita : _____ Prov.: _____
Residenza : Indirizzo _____
 Cap _____
 Comune _____
 Provincia _____
Indirizzo Pec : _____
Indirizzo e-mail : _____
Nr. Telefonico : _____
Codice Fiscale : _____
Partita Iva : _____

preso atto della normativa contenuta nei D.M. 17/07/86, 18/04/96, 12/10/2000, 28/05/2001 e 08/05/2008 e di quanto indicato nella richiesta di disponibilità pubblicata dall'Inps, comunica la propria disponibilità ad assumere l'incarico di medico fiscale continuativo e temporaneo per la durata di quattro mesi dalla data di accettazione del provvedimento di conferimento dell'incarico;



si impegna altresì a:

- garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo **in entrambe le fasce** di reperibilità previste dalle disposizioni in vigore, eseguendole comunque in quella indicata di volta in volta dall'Istituto;
- garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo **in una sola delle fasce** di reperibilità previste dalle disposizioni in vigore, **come stabilita dall'Istituto secondo le esigenze di servizio**, possibilmente
 - antimeridiana*
 - pomeridiana*
- garantire la propria disponibilità per i Comuni della provincia di Reggio Emilia

A tal fine dichiara, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di Reggio Emilia con il numero _____;
- di non trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;
- di non svolgere perizie o consulenze medico-legali, per conto e nell'interesse di privati, che comunque abbiano attinenza con le materie di competenza dell'INPS o di altri Enti previdenziali;
- di effettuare le visite di controllo assegnate secondo le modalità operative indicate dall'INPS;

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'INPS qualsiasi variazione di attività professionale che possa costituire motivo di incompatibilità.



Direzione provinciale Reggio Emilia

Il direttore

Prende altresì atto che:

1. è fatto assoluto divieto di eseguire visite di controllo nei confronti del coniuge, di parenti o affini entro il quarto grado;
2. le inosservanze degli obblighi convenzionali saranno valutate ai sensi dell'art.10 del D.M. 18 aprile 1996, fatti salvi eventuali riflessi amministrativi, civili e penali.

Il sottoscritto dichiara di esonerare l'Istituto da ogni responsabilità civile sia nei confronti di terzi che di sé stesso per eventi comunque connessi con l'espletamento dell'attività affidata.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che l'incarico attribuito non comporta l'inclusione nelle liste di cui all'art. 11 del DM 18 aprile 1996 e che il medesimo incarico può essere revocato anticipatamente in caso di riorganizzazione del servizio di visite mediche di controllo domiciliari di cui all'art. 18 del d.lgs 75/2017.

Allega alla presente copia del documento d'identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento, nei limiti delle disposizioni vigenti, dei dati che lo/la riguardano, necessari all'espletamento dell'attività e alla liquidazione dei compensi relativi.

Luogo e Data

Firma