**ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE**

**DIREZIONE PROVINCIALE DI PIACENZA**

Il/La sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Iscritto/a all'Ordine dei Medici con il n. \_\_\_\_\_\_ (se non ancora iscritto/a esibire la documentazione di iscrizione entro un massimo di 90 giorni a partire dal ricevimento della lettera di incarico, v. punto 6)
* Iscritto/a all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

di svolgere un incarico temporaneo per 4 mesi al massimo per il servizio delle visite mediche di controllo domiciliari

* garantendo 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;
* garantendo 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 quella \_\_\_\_ antimeridiana \_\_\_\_ pomeridiana)

DICHIARA

1. di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di aver conseguito l’abilitazione alla professione di Medico Chirurgo;
2. di aver conseguito le seguenti specializzazioni in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere stato/a iscritto/a in precedenza nelle liste della Sede INPS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con effetto dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di essere a conoscenza che costituisce motivo di incompatibilità con la funzione di medico di controllo:
5. non garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo almeno in una delle fasce di reperibilità previste dalle disposizioni in vigore;
6. trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;
7. svolgere perizie o consulenze medico-legali, per conto e nell'interesse di privati, che abbiano attinenza con le materie di competenza dell'INPS o di altri Enti previdenziali;
8. di non essere stato esonerato da analogo incarico precedentemente ricoperto in INPS;
9. di essere a conoscenza che le eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare entro il termine di 15 giorni, entro il termine, cioè, stabilito per la restituzione delta copia della lettera di incarico sottoscritta per accettazione (art. 2 D.M. 12.10.2000)
10. di essere a conoscenza che, se non ancora iscritto negli albi professionali della provincia, l'eventuale incarico è sospeso fino a un massimo di 90 giorni a partire dal ricevimento della lettera di incarico da parte dell'INPS, trascorsi i quali l'incarico non viene conferito (art. 2 D.M. 12.10.2000)
11. di svolgere la seguente attività libero professionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
12. di percepire trattamento pensionistico di (vecchiaia, anzianità, invalidità, ecc.) dal  erogato da (cancellare se il caso non ricorre).

Il/la sottoscritto/a dichiara, consapevole delle responsabilità che si assume, ai sensi della normativa vigente, che tutte le notizie fornite sono complete e conformi a verità.

In caso di accoglimento della richiesta di incarico, si impegna a presentare, entro il termine perentorio di 15 giorni dal ricevimento della lettera di incarico, autocertificazione attestante l'iscrizione all'Ordine dei Medici, il possesso del diploma di laurea con la relativa data e votazione, l'abilitazione all'esercizio della professione nonché le specializzazioni conseguite. 

II sottoscritto/a autorizza il trattamento, nei limiti delle disposizioni vigenti, dei dati necessari all'istruzione e alla gestione della domanda che lo/la riguarda.

 Data FIRMA

*Al modulo deve essere allegata la fotocopia, fronte e retro, chiaramente leggibile, di un documento di identità in corso di validità.*