



Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Direzione provinciale Reggio Emilia  
Il direttore

Alla Direzione Provinciale INPS di REGGIO EMILIA

inviare in allegato

a PEC all'indirizzo [direzione.provinciale.reggioemilia@postacert.inps.gov.it](mailto:direzione.provinciale.reggioemilia@postacert.inps.gov.it).

ovvero a e-mail all'indirizzo [Direzione.reggioemilia@inps.it](mailto:Direzione.reggioemilia@inps.it)

**OGGETTO:** Domanda per reclutamento Medici per l'effettuazione delle Visite Mediche di Controllo Domiciliare

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

e-mail/PEC \_\_\_\_\_

### CHIEDE

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (art.76 D.P.R. 445/2000), di essere ammesso al reclutamento di medici iscritti all'Ordine, per l'effettuazione delle Visite Mediche di Controllo disposte dalla Direzione Provinciale INPS di Reggio Emilia, d'ufficio e/o su richiesta del datore di lavoro, nei confronti dei lavoratori pubblici e privati residenti e/o domiciliati, per l'evento di malattia, nell'ambito territoriale della Provincia di Reggio Emilia.

### DICHIARA

• di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_; \*

• di aver conseguito la seguente specializzazione in: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

• di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_; \*

- di essere risultato/a idoneo/a alla selezione svolta da \_\_\_\_\_ per l'affidamento di incarichi in materia di medicina legale;
- di aver svolto/ NON aver svolto funzioni di medico fiscale per le ASL nell'ultimo quadriennio;\*
- di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo in entrambe le fasce di reperibilità giornaliere;\*
- 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/a esonerato/a da analogo incarico precedentemente ricoperto in INPS;\*
- 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.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**\*campi obbligatori**

Allegati:

copia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità.