



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.

ovvero a e-mail all'indirizzo 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 svolgere/aver svolto attività di medico fiscale per conto dell'INPS presso la/le sede/i di _____ dal _____ al _____ ;
- 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.

