



Alla Direzione regionale Emilia-Romagna

inviare in allegato alla seguente PEC:

direzione.regionale.emiliaromagna@postacert.inps.gov.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL REPERIMENTO DI N. 24 MEDICI FISCALI, AI QUALI CONFERIRE INCARICHI TEMPORANEI CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO, PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI DI ACCERTAMENTO MEDICO LEGALE SUI LAVORATORI PUBBLICI E PRIVATI ASSENTI PER MALATTIA AFFIDATE ALL'INPS, PRESSO LE STRUTTURE DELLA DIREZIONE REGIONALE EMILIA-ROMAGNA - SEDI DI BOLOGNA/IMOLA - FERRARA - FORLI'/CESENA - MODENA - PARMA - PIACENZA - RAVENNA - REGGIO EMILIA - RIMINI.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ (prov. _____) il ____/____/____, codice
fiscale _____, residente in _____ (prov. ____)
Via _____ n _____, CAP _____;
numero cell. _____, indirizzo e-
mail _____, indirizzo
PEC _____,
Partita IVA _____,

DICHIARA

la propria disponibilità al conferimento dell'incarico temporaneo per lo svolgimento, con contratto di lavoro autonomo, delle funzioni di accertamento medico legale sui lavoratori pubblici e privati assenti per malattia affidate all'INPS, come da avviso pubblico emesso dalla Direzione regionale Emilia-Romagna, assicurando un impegno per un minimo mensile pari ad almeno 15 giorni, anche non consecutivi, nella seguente fascia oraria giornaliera di reperibilità:

- solo fascia reperibilità ANTIMERIDIANA



- solo fascia reperibilità POMERIDIANA
- in entrambe le fasce di reperibilità (ANTIMERIDIANA e POMERIDIANA);

nell'ambito del bacino di competenza delle seguenti Strutture territoriali (indicare nelle caselle i numeri da 1 a 9 in ordine di preferenza. Indicare con 1 l'ambito territoriale maggiormente preferito e con 9 quello meno preferito):

- Direzione provinciale di Bologna comprese le Agenzie territoriali e l'Agenzia complessa di Imola;
- Direzione provinciale di Ferrara compresa l'Agenzia territoriale;
- Direzione provinciale di Forlì compresa l'Agenzia complessa di Cesena;
- Direzione provinciale di Modena comprese le Agenzie territoriali;
- Direzione provinciale di Parma compresa l'Agenzia territoriale;
- Direzione provinciale di Piacenza;
- Direzione provinciale di Ravenna comprese le Agenzie territoriali;
- Direzione provinciale di Reggio Emilia comprese le Agenzie territoriali;
- Direzione provinciale di Rimini comprese le Agenzie territoriali.

Disponibilità giorni mensili (minimo 15) _____

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 del 2000, dichiara:

- di avere la 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,
- di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità indicate nell'avviso di selezione.



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 _____ al nr° iscrizione _____;

di aver conseguito il/i seguente/i diploma/i di specializzazione _____ in _____ in data _____ presso _____;

Al fine della valutazione delle condizioni di precedenza per il conferimento dell'incarico, dichiara altresì:

di aver già svolto attività di medico fiscale:

○ per conto di INPS (indicare la sede e i periodi): INPS _____ dal _____ al _____;

○ per conto di ASL (indicare la sede e i periodi): ASL _____ dal _____ al _____;

NB: a parità di condizione di precedenza, l'incarico verrà conferito al candidato con una maggiore anzianità di servizio nelle funzioni sopra indicate, ovvero, in subordine, al candidato con la minore età anagrafica.



Dichiara altresì:

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

_____;

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 di lavoro in corso:

_____;

di NON aver riportato condanne penali, con sentenza passata in giudicato, per reati per i quali è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;

di NON trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;

di NON svolgere attività di CTU o CTP, ovvero consulenze medico-legali, per conto o nell'interesse di terzi, in procedimenti che configurino conflitto di interessi con l'INPS;



- di NON essere stato esonerato da analogo incarico precedentemente ricoperto in INPS;
- di NON prestare la propria attività in INPS in qualità di medico esterno, medico convenzionato ACN e medico specialista.

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:

direzione.regionale.emiliaromagna@postacert.inps.gov.it

Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Allega copia del curriculum vitae aggiornato.

Data _____

FIRMA _____