

**ALLA DIREZIONE PROVINCIALE INPS DI ENNA**

**tramite PEC:** direzione.provinciale.enna@postacert.inps.gov.it

**Oggetto: Avviso pubblico per la ricerca di disponibilità di medici di controllo- Dichiarazione di disponibilità**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il giorno \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_, Partita IVA \_\_\_\_\_

**Dichiara la propria disponibilità**

al conferimento dell'incarico per lo svolgimento, in via provvisoria e temporanea, dell'attività di medico di controllo come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione provinciale nelle seguenti fasce di reperibilità (effettuare una scelta o ambedue):

☐ antimeridiana **(dalle ore 9.00 alle ore 13.00)**

☐ pomeridiana **(dalle ore 15.00 alle ore 19.00)**

nell'ambito territoriale di competenza della Sede di Enna e dell'Agenzia di Nicosia.

**Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art. 76 e s.m.i.), con la presente dichiara:**

1) di avere cittadinanza italiana/Unione Europea (Stato \_\_\_\_\_);

2) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_ ;

3) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

4) di essere iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ ;

5) di essere in possesso del/dei seguenti diplomi di specializzazione:

Medicina legale conseguito presso \_\_\_\_\_

Medicina legale e delle assicurazioni conseguito presso \_\_\_\_\_

Medicina legale ed infortunistica conseguito presso \_\_\_\_\_

Medicina del lavoro conseguito presso \_\_\_\_\_

Igiene e sanità pubblica conseguito presso \_\_\_\_\_

Formazione specifica in Medicina Generale conseguito presso \_\_\_\_\_

Altra specializzazione (specificare): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) di essere in possesso della seguente formazione post-universitaria:

Dottorato di ricerca in materia affine alla Medicina legale conseguito presso

\_\_\_\_\_;

Dottorato di ricerca in materia non affine alla Medicina legale conseguito presso

\_\_\_\_\_;

Master universitario in materia affine alla Medicina legale conseguito presso

\_\_\_\_\_;

Master universitario in materia non affine alla Medicina legale conseguito presso

\_\_\_\_\_

7) di aver prestato attività in qualità di medico fiscale INPS

presso la sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

8) di aver prestato attività in materia assistenziale e/o previdenziale presso l'INPS in qualità di medico convenzionato esterno

presso la sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

9) di aver prestato attività in qualità di medico fiscale ASL

presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

10) di aver prestato attività in materia assistenziale e/o previdenziale presso P.A. diversa dall'INPS

presso la sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

11) di non svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia,

*ovvero*

di svolgere la/le seguenti attività: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

12) di non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale,

*ovvero*

di avere i seguenti rapporti in corso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13) di non aver rapporti di lavoro con aziende private o pubbliche,

*ovvero*

di avere i seguenti rapporti in corso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14) di non aver riportato condanne penali

ovvero

di avere i seguenti procedimenti penali in corso: \_\_\_\_\_

15) di non avere procedimenti penali in corso

ovvero

di avere i seguenti procedimenti penali in corso: \_\_\_\_\_

16) di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, né di essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico.

**Dichiara, altresì, di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni e prescrizioni contenute nell'avviso pubblico emesso da codesta Direzione provinciale, nonché di aver preso visione delle circolari INPS e dell'ACN citati nello stesso, in particolare per ciò che concerne:**

- l'insussistenza di cause di incompatibilità, inconferibilità dell'incarico di cui all'art 13 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Fiscale e Convenzionata ACN;

- i compensi di cui all'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale richiamato.

**Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo PEC:** \_\_\_\_\_

**Comunica, altresì, il proprio numero di cellulare:** \_\_\_\_\_

**e il proprio indirizzo e-mail** \_\_\_\_\_

Infine, autorizza l'INPS al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini dell'espletamento della procedura in oggetto.

Allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità e *Curriculum Vitae* in formato europeo.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

*Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445.*