

Alla Direzione Provinciale INPS di Pisa

inviare in allegato all'indirizzo PEC: direzione.provinciale.pisa@postacert.inps.gov.it e all'indirizzo mail: direzione.pisa@inps.it

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

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a
_____, il _____ residente a
_____ prov. _____ via
_____ cell.
_____;

CHIEDE

di essere ammesso al reclutamento di medici iscritti all'Ordine dei Medici per l'effettuazione delle Visite Mediche di Controllo disposte dalla Direzione Provinciale INPS di PISA, 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 PISA.

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 risultare idoneo 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 l'INPS / ASL nell'ultimo quadriennio (se sì, specificare periodo ed ente);
- di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana in entrambe le fasce di reperibilità giornaliera o solo in una (antimeridiana o pomeridiana)
- 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 medicolegali, 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 esonerato 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. Dichiara di aver preso visione delle circolari INPS n. 4 e n. 199 del 2001, e n. 86 del 2008 per ciò che concerne le incompatibilità e i compensi

DATA _____

FIRMA _____