Alla Direzione Provinciale INPS di MACERATA

inviare in allegato a PEC all’indirizzo:

*direzione.provinciale.macerata@postacert.inps.gov.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 MACERATA, 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 Macerata.

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 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 giornaliere o solo in una (M o P) ………

 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 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

Allegati:

copia documento di riconoscimento in corso di validità