



Direzione provinciale Potenza
Il Direttore

Alla Direzione Provinciale INPS di POTENZA
inviare in allegato a PEC all'indirizzo:
direzione.provinciale.potenza@postacert.inps.gov.it

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

Dichiarazione di disponibilità

Il/la sottoscritto/a nato/a _____
(____) il giorno _____, residente
in _____ alla Via _____ n. _____,
Codice fiscale _____,
Cell. _____ Mail _____,
PEC _____, 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 INPS di Potenza per l'ambito territoriale della provincia di Potenza.

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 cittadinanza italiana/europea;
- di essere in possesso del diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA, conseguito presso l'Università degli Studi di _____, il _____,

Via Pretoria, 263 – 85100 Potenza
tel. +39 0971 335400
cod. fisc.: 80078750587 p.iva: 02121151001

direzione.potenza@inps.it
www.inps.it

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 di _____ dal _____ con il n. _____;
- di aver conseguito il/i seguente/i diploma/i di specializzazione:
_____ in data _____;
_____ in data _____;
_____ in data _____;
- di NON svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia, ovvero di svolgere la/le _____ seguente/i _____ attività:

- di essere presente in posizione di IDONEITÀ in graduatorie non scadute a seguito di selezione svolta da Pubblica Amministrazione per affidamento di incarichi in materia di Medicina Legale (indicare quali _____)
- di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni (indicare quale P.A, sede, incarico, tempo parziale/pieno e periodi) _____
- di svolgere/aver svolto attività di medico di controllo per conto INPS/ASL (indicare la sede e i periodi):
 - ASL _____
dal _____ al _____;
 - INPS _____
dal _____ al _____;
- 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 in corso:



- di NON aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne Penali:
-----;
- di NON avere procedimenti penali in corso ovvero di avere il/i seguente/i procedimenti penali
in _____ corso:
-----;
- di NON essere stato destituito/a o dispensato/a da impiego presso Pubblica Amministrazione,
e di NON essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico;
- 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 garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana:
in entrambe le fasce di reperibilità giornaliera, solo in una delle fasce di reperibilità giornaliera
(M o P).

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 sopra comunicato.

Dichiara, altresì, di aver preso visione delle circolari INPS nn. 4 e 199 del 2001, e n. 86 del 2008, oltre che dell'Accordo Nazionale sottoscritto in data 11/10/2022, in particolare per ciò che concerne le incompatibilità e i compensi.

Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità e copia del curriculum vitae.

Data _____

FIRMA _____

Via Pretoria, 263 – 85100 Potenza
tel. +39 0971 335400
cod. fisc.: 80078750587 p.iva: 02121151001

direzione.potenza@inps.it
www.inps.it

DR PALOMBI CLAUDIO : FIRMATO
DR PICCIRILLO GIOVANNI : FIRMATO
DR SAVARESE MAURIZIO : FIRMATO

