

Alla Direzione Provinciale INPS di SIRACUSA

tramite PEC:

direzione.provinciale.siracusa@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:

- antimeridiana (dalle ore 9.00 alle ore 13.00)**
- pomeridiana (dalle ore 15.00 alle ore 19.00)**

- nell'ambito del bacino di competenza delle seguenti strutture :

- Direzione Provinciale di Siracusa e relative agenzie;**

**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 _____;

- 4) di essere iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di _____ al
n. _____;
- 5) di essere in possesso del/dei seguenti diplomi di specializzazione _____;
- 6) di essere in possesso della seguente formazione post-universitaria:
titolo conseguito _____ in
data _____ presso _____
in materia *affine/non affine* alla Medicina Legale;
- 7) di essere presente, ancora in posizione utile , in graduatorie per lo svolgimento di
attività in ambito di medicina legale, a seguito di selezioni effettuate da Pubbliche
Amministrazioni (indicare graduatoria e P.A.);
- 8) di non aver prestato attività in qualità di medico fiscale presso Pubbliche
Amministrazioni,
ovvero
di aver prestato attività in qualità di medico fiscale presso (indicare nominativi e
periodi):
_____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____
- 9) di non svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia,
ovvero
di svolgere la/le seguenti attività: _____;
- 10) di prestare attività in materia assistenziale e/o previdenziale per conto di Pubbliche
Amministrazioni (indicare quali P.A., sedi, incarichi, tempo parziale/pieno e periodi);
- 11) di svolgere/aver svolto attività di medico fiscale per conto dell'I.N.P.S.
presso la/le Sedi di
_____ dal _____ al _____;

- 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 aver riportato le seguenti condanne penali: _____;
- 15) di non avere procedimenti penali in corso
ovvero
di avere il/ 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 attentamente e, conseguentemente, di accettare incondizionatamente tutte le informazioni e prescrizioni contenute nell'avviso pubblico, 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, inconfiribilità 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 email _____

Autorizza, infine, INPS al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini degli adempimenti dell'espletamento della procedura in oggetto.

Allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data

Firma

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