

**All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale**

**Direzione Regionale.....**

**indirizzo PEC.....**

**OGGETTO: domanda di partecipazione alla selezione per l'attivazione di una convenzione con l'INPS in materia di accertamenti sanitari.**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_  
-----  
----- nat \_\_\_ a \_\_\_  
-----  
----- Prov. \_\_\_ il (gg/mm/aaaa) \_\_\_ residente in \_\_\_  
-----  
----- Prov. \_\_\_  
-----  
Via/Piazza \_\_\_  
-----  
----- n° \_\_\_ Tel. \_\_\_ e-mail \_\_\_  
-----  
-----

***(le comunicazioni avverranno esclusivamente via posta elettronica)***

**CHIEDE**

Di essere ammess \_\_\_ a partecipare alla procedura di cui all'oggetto.

**A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 74 del DPR 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali e civili richiamate nell'art. 76 del succitato DPR e successive modifiche ed integrazioni**

**DICHIARA**

- di possedere i requisiti di ammissibilità richiesti dall'art. 2 a) e b), punti da 1 a 10, dell'avviso pubblicato in data .....su .....,
- di aver preso visione e di obbligarsi con la presente a quanto richiesto nei punti da 11 a 14 dell'art. 2 b) dell'avviso pubblico sopra citato;
- di non essere stato/a sottoposto/a, negli ultimi 5 anni a procedimenti penali con sentenza passata in giudicato e non essere stato/a, nello stesso arco di tempo, destinatario/a di sanzioni disciplinari;
- di non aver in corso procedimenti penali;
- di non ricoprire analoghi incarichi presso Commissioni mediche ASL;
- di non eseguire consulenze tecniche di parte per conto e nell'interesse di privati attinenti con l'attività dell'INPS e di non effettuare consulenze

tecniche d'ufficio nei procedimenti giudiziari nei quali l'INPS figura quale legittimato passivo;

- di non avere incarichi politici o amministrativi presso organi o istituzioni territoriali e/o nazionali;
- di essere disposto/a a svolgere l'incarico di prestazione d'opera professionale affidato nei termini e con le modalità indicate nello schema di convenzione allegato all'avviso pubblico;
- *le strutture sanitarie, oltre ai requisiti richiesti per i medici specialisti, devono attestare gli ulteriori requisiti indicati nell'art. 2 del medesimo avviso.*

Dichiara, altresì, che le informazioni inserite nell'allegato *curriculum* professionale corrispondono al vero.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Informativa sul trattamento dei dati personali**

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire il procedimento in oggetto.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti.

I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione del procedimento.

L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore regionale territorialmente competente a ricevere la presente domanda.

### **Allegati:**

- curriculum professionale
- scansione di un documento di riconoscimento in corso di validità.