



Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Filiale Metropolitana area Flegrea Pozzuoli

Alla Direzione della Filiale Metropolitana INPS Area Flegrea - Pozzuoli

inviare con PEC all'indirizzo filiale.coordinamento.pozzuoli@postacert.inps.gov.it

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

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____, il _____ residente a _____ prov. _____

via _____ cell. _____

_____ e-mail/PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso al reclutamento di medici iscritti all'Ordine, per l'effettuazione delle Visite Mediche di Controllo disposte dalla Filiale Metropolitana Area Flegrea Pozzuoli 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

nel bacino di competenza della Filiale Metropolitana di Pozzuoli (Bacoli, Monte di Procida, Pozzuoli, Qualiano e Quarto)

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 le ASL nell'ultimo quadriennio
- di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo in entrambe le fasce di reperibilità giornaliere;
- di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo in una delle fasce di reperibilità giornaliere;
- 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;
- di aver preso visione delle Circolari INPS n. 4 e n. 199 del 2001, n. 86 del 2008 e del Messaggio n.2524 del 07 giugno 2016, in particolare per ciò che concerne le incompatibilità ed i compensi.

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.

Data _____

FIRMA _____

Allegati:

- copia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità
- copia curriculum vitae