Alla Direzione regionale Emilia-Romagna
inviare in allegato alla seguente PEC:
direzione.regionale.emiliaromagna@postacert.inps.gov.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER IL REPERIMENTO DI 15 MEDICI SPECIALIZZANDI E LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA PARTECIPANTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, AI QUALI CONFERIRE INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI DI ACCERTAMENTO MEDICO LEGALE SUI LAVORATORI PUBBLICI E PRIVATI ASSENTI PER MALATTIA AI SENSI DELL'ART. 34 COMMA 1-BIS DEL DECRETO LEGISLATIVO 17 AGOSTO 1999, N. 368.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____(prov._____) il___/___/___, codice fiscale_____, residente in _____ _____ (prov.___) Via_____n_____, CAP_____; numero cell._____, indirizzo e-mail_____, indirizzo PEC_____, Partita IVA_____,

DICHIARA

la propria disponibilità al conferimento dell'incarico, con contratto di lavoro autonomo, per lo svolgimento delle funzioni di accertamento medico legale sui lavoratori pubblici e privati assenti per malattia affidate all'INPS, come da avviso pubblico emesso dalla Direzione regionale Emilia-Romagna, fino al termine della scuola di specializzazione/formazione.

Dichiara altresì la propria disponibilità ad effettuare le visite mediche di controllo domiciliare all'interno di una singola fascia (antimeridiana o pomeridiana) per determinati giorni della settimana, che si impegna a rendere noti mensilmente entro il 22 del mese precedente.

Nell'ambito del bacino di competenza delle seguenti Strutture territoriali il candidato dovrà indicare per quale Direzione provinciale manifesta la disponibilità (indicare 1° e 2° scelta):

- Direzione provinciale di Bologna, comprese le Agenzie territoriali e l'Agenzia complessa di Imola;
- Direzione provinciale di Forlì, compresa l'Agenzia complessa di Cesena;
- Direzione provinciale di Modena, comprese le Agenzie territoriali;
- Direzione provinciale di Piacenza;
- Direzione provinciale di Ravenna, comprese le Agenzie territoriali;
- Direzione provinciale di Reggio Emilia, comprese le Agenzie territoriali;
- Direzione provinciale di Rimini, comprese le Agenzie territoriali.

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 la cittadinanza italiana/europea,
- di essere in possesso di tutti i requisiti previsti per l'ammissione alla procedura di selezione,
- di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nell'avviso di selezione e di accettarle senza riserva alcuna,
- di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità indicate nell'avviso di selezione.

In ogni caso, alla data di sottoscrizione del contratto, il candidato è tenuto a cessare qualsiasi attività eventualmente incompatibile con il conferimento dell'incarico.

Dichiara altresì:

- di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia presso l'Università di_____;
- di essere iscritto/a all'Albo professionale della provincia di _____al nr° di iscrizione _____;

- di essere iscritto al___ anno della scuola di specializzazione in _____presso_ _____;
- di essere iscritto al _____anno del corso di formazione specifica in medicina generale della Regione;
- di essere titolare di Partita IVA n_____;
- di NON svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa regione, ovvero di svolgere la/le seguente/i attività:
  _____
  _____
  _____
  _____;
- di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni: (indicare quale P.A., sede, incarico, tempo parziale/pieno e periodi)
  _____
  _____
  _____
  _____;
- 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 di lavoro in corso:
  _____
  _____
  _____.

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, nei limiti e per le finalità previste dalla normativa vigente, necessari all'istruttoria e alla gestione della presente domanda e chiede che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia inviata all'indirizzo PEC indicato nella presente domanda.

Si allegano:

□ **copia di un documento di identità in corso di validità;**

□ **curriculum vitae aggiornato, datato e sottoscritto;**

Data _____

FIRMA _____

Via Milazzo 4/2 – 40121 Bologna
Tel. +39 051 216659
Cod. Fisc.: 80078750587
P. IVA: 02121151001

Direzione.emiliaromagna@inps.it
direzione.regionale.emiliaromagna@postacert.inps.gov.it
www.inps.it