Alla Direzione Provinciale INPS  
Via Cavour 116  
CALTANISSETTA

[Direzione.provinciale.caltanissetta@postacert.inps.gov.it](mailto:Direzione.provinciale.caltanissetta@postacert.inps.gov.it)

**OGGETTO: Domanda per reclutamento Medici per l’effettuazione delle visite Mediche di Controllo** -

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_,

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso al reclutamento di medici iscritti all’Ordine dei Medici per

l’effettuazione delle Visite Mediche di Controllo disposte dalla Direzione Provinciale INPS di Caltanissetta, d’ufficio e/o su richiesta del datore di lavoro per l’evento di malattia nei confronti dei lavoratori pubblici e privati residenti e/o domiciliati nel bacino di competenza della Direzione Provinciale INPS di Caltanissetta.

**DICHIARA**

1) di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l’Università

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la votazione di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) di aver conseguito la seguente specializzazione in:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3) di essere iscritto/a all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4) di risultare idoneo alla selezione svolta da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’affidamento di incarichi in materia di medicina legale;

5) di aver svolto funzioni di medico fiscale per l’INPS / ASL nell’ultimo quadriennio (se sì, specificare periodo ed ente):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6) di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana in entrambe le fasce di reperibilità giornaliere;

7) di non trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge regolamentari o di contratto di lavoro;

8) di NON svolgere attività a qualsiasi titolo presso presidi ASL coincidenti con l’ambito territoriale della Sede o 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;

9) di NON essere stato esonerato da analogo incarico precedentemente ricoperto in INPS;

10) di essere consapevole delle responsabilità, anche penali, che derivano dalla falsa e non veritiera attestazione delle notizie fornite.

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.

Dichiara di aver preso visione delle circolari INPS n. 4 e n. 199 del 2001, e n. 86 del 2008 per ciò che concerne le incompatibilità e i compensi.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

Allegati:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;

- Curriculum vitae in formato europeo.