

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____
nat. a _____ il _____ residente a
_____ in Via _____
tel. _____ cell. _____ dichiaro di essere disponibile a far
parte della CML INPS in rappresentanza della A.N.M.I.C (Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi
Civili).

Dichiaro di essere a conoscenza che la ANMIC ha per legge la tutela e la rappresentanza dei
disabili, associati e non, è presente con propri rappresentanti nelle Commissioni INPS e che gli
stessi vengono nominati su designazione dell'Associazione e possono essere dalla stessa revocati.
Dichiaro altresì di **NON TROVARMİ** nelle seguenti situazioni che determinano incompatibilità
all'incarico:

- esercitare l'attività di medico di medicina generale o di medico pediatra convenzionato con il
SSN presso il territorio di competenza della UOC/UOS del territorio;
- esercitare un incarico analogo presso Commissioni mediche in ambito previdenziale e/o
assistenziale indipendentemente dall'ambito territoriale;
- eseguire consulenze tecniche di parte, sia con riferimento ad incarichi in corso di espletamento
all'atto della sottoscrizione del contratto che con riferimento ad incarichi da conferirsi, per
conto e nell'interesse di privati, attinenti all'attività dell'INPS ovvero consulenze tecniche
d'ufficio nei procedimenti giudiziari nei quali l'INPS figura quale legittimato passivo;
- effettuare visite mediche di controllo, ambulatoriali e/o domiciliari, a lavoratori assenti per
malattia assicurati presso l'INPS;
- svolgere o presentare la propria candidatura per incarichi politici o amministrativi presso organi
od istituzioni territoriali e/o nazionali, cariche pubbliche elettive, incarichi governativi, mandato
parlamentare;
- essere stati destinatari di condanne penali con sentenza passata in giudicato o di sanzioni
disciplinari;
- avere procedimenti penali in corso.

_____ il _____

Firma
