



Alla Direzione Provinciale INPS di CAMPOBASSO

inviare in allegato alla PEC all'indirizzo:
direzione.provinciale.campobasso@postacert.inps.gov.it

**OGGETTO: DOMANDA DI RECLUTAMENTO DI N. 3 (TRE) MEDICI
DISPONIBILI PER L'EFFETTUAZIONE IN VIA PROVVISORIA E TEMPORANEA DI
VISITE MEDICHE DI CONTROLLO PRESSO LA DIREZIONE PROVINCIALE INPS
DI CAMPOBASSO N. 2 (DUE), E N. 1 (UNO) MEDICO DISPONIBILE PER
L'AGENZIA DI TERMOLI**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____, il _____
residente a _____ prov. _____
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 Campobasso, 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, nell'ambito di competenza

DICHIARA

- di aver cittadinanza italiana/unione europea (Stato _____);
- 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 l'INPS / ASL (se sì, specificare periodo ed ente);
 - di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana in entrambe le fasce di reperibilità giornaliera o solo in una (M o P): _____;
 - 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.

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, altresì, di aver letto e di accettare tutte le informazioni e precisazioni contenute nel bando.

Chiede inoltre che ogni comunicazione relativa al presente Avviso sia inviata al seguente indirizzo PEC:

Comunica altresì il proprio recapito telefonico:

cellulare _____

ed il proprio indirizzo di posta elettronica ordinaria:

Data _____

FIRMA

Allegati:

- copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- *Curriculum vitae* in formato europeo.