

Al Direttore provinciale INPS di AGRIGENTO

Oggetto: Avviso pubblico giugno 2023 per la ricerca di disponibilità di medici di controllo

Dichiarazione di disponibilità per l'ambito dell'Agenzia territoriale di Canicattì.

(Camastra, Campobello Di Licata, Canicattì, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

a _____ (_____) il giorno _____
, residente _____

a _____ (_____) in _____

Via _____ n. _____

cod. fisc. _____, Partita IVA _____ -

Dichiara la propria disponibilità al conferimento dell'incarico per lo svolgimento, in via provvisoria e temporanea, dell'attività di medico di controllo come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione provinciale nelle fasce di reperibilità antimeridiana e pomeridiana

Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art. 76 e s.m.i.), con la presente dichiara:

1) di avere cittadinanza italiana/Unione Europea (Stato)

2) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso

l'Università degli Studi di _____ in data _____

con il punteggio di _____

3) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data

4) di essere iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di _____ al

n. _____

5) di essere in possesso del/dei seguenti diplomi di specializzazione:

6) di non aver prestato attività in qualità di medico fiscale presso Pubbliche Amministrazioni, ovvero di aver prestato attività in qualità di medico fiscale presso (indicare nominativi e periodi):

7) di non svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia, ovvero di svolgere la/le seguenti attività:

8) di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni (indicare quali P.A., sedi, incarichi, tempo parziale/pieno e periodi):

9) di svolgere/aver svolto attività di medico fiscale per conto dell'I.N.P.S. presso la/le Sedi di

_____ dal _____ al _____

10) di essere presente, in posizione di idoneità, in graduatorie non scadute a seguito di selezione svolta da una Pubblica Amministrazione per affidamento di incarichi in materia di Medicina Legale

11) di non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero di avere i seguenti rapporti in corso:

12) di non aver rapporti di lavoro con aziende private o pubbliche, ovvero di avere i seguenti rapporti in corso:

13) di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali:

14) di non avere procedimenti penali in corso ovvero di avere il/ i seguenti procedimenti penali in corso:

15) di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, né di essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico.

Dichiara altresì di aver letto attentamente e, conseguentemente, di accettare incondizionatamente tutte le Informazioni e prescrizioni contenute nell'avviso pubblico, nonché di aver preso visione delle circolari INPS n. 4 e n. 199 del 2001, n. 86 del 2008 e Messaggio n.2524 del 07 giugno 2016 per ciò che concerne le incompatibilità ed i compensi, e di aver preso visione delle altre fonti citate nello stesso.

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

Comunica altresì il proprio numero di cellulare: _____

ed il proprio indirizzo di posta elettronica ordinaria: _____

Autorizza, infine, INPS al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini degli adempimenti dell'espletamento della procedura in oggetto.

Allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

, li _____

In fede

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445