

Alla Direzione Provinciale INPS di AGRIGENTO

tramite PEC: direzione.provinciale.agrigento@postacert.inps.gov.it

**Oggetto: Avviso pubblico per la ricerca di disponibilità di medici di controllo presso il territorio di competenza dell'Agazia di Canicattì - Dichiarazione di disponibilità**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/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 seguenti fasce di reperibilità:

- antimeridiana (dalle ore 9.00 alle ore 13.00)
- pomeridiana (dalle ore 15.00 alle ore 19.00)

- nell'ambito del bacino di competenza delle seguenti strutture:

- Direzione Provinciale di Agrigento, Agenzia di Canicattì;

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 ;
- 2) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università 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 essere in possesso della seguente formazione post-universitaria:

titolo conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

in materia affine/non affine alla Medicina Legale;



aver preso visione delle circolari INPS e dell'ACN citati nello stesso, in particolare per ciò che concerne:

- l'insussistenza di cause di incompatibilità, inconfiribilità dell'incarico di cui all'art 13 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Fiscale e Convenzionata ACN;
- i compensi di cui all'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale richiamato.

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

Comunica altresì il proprio numero di cellulare:

e il proprio indirizzo email \_\_\_\_\_

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.

Luogo e Data

Firma

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