

Al Direttore provinciale I.N.P.S. di IMPERIA

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

Dichiarazione di disponibilità

Il/la sottoscritto/a nato/a

a _____ (____) il _____ giorno

_____, residente a _____ in

Via _____ n. _____

Codice fiscale _____,

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 e pertanto,

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 possedere 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 essere iscritto - ancora in posizione utile - nella seguente graduatoria _____;
- 8) di non svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia, ovvero di svolgere la/le seguenti attività:



18100 Imperia
Viale Rimembranze 25
Tel. 01837051
fax 0183

- _____:
- 9) di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni (indicare quali P.A., sedi, incarichi, tempo parziale/pieno e periodi): di svolgere/aver svolto attività di medico fiscale per conto dell'I.N.P.S. presso la/le Sedi di _____ dal _____ al _____;
- 10) di non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero di avere i seguenti rapporti in corso:
- 11) di non aver rapporti di lavoro con aziende private o pubbliche, ovvero di avere i seguenti rapporti in corso:
- 12) di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali:
- 13) di non avere procedimenti penali in corso ovvero di avere il/ i seguenti procedimenti penali in corso:
- 14) 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 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.

In fede _____

Data _____

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



18100 Imperia
Viale Rimembranze 25
Tel. 01837051
fax 0183