Alla Direzione Provinciale INPS di FROSINONE

inviare in allegato a PEC all’indirizzo

[direzione.provinciale.frosinone@postacert.inps.gov.it](mailto:direzione.provinciale.frosinone@postacert.inps.gov.it).

OGGETTO: Domanda per reclutamento Medici per l’effettuazione delle Visite Mediche di Controllo – Ambito Territoriale Agenzia Complessa di Cassino

Il/la sottoscritto/a Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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 FROSINONE – Agenzia Complessa di Cassino, 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 territoriale dell’AGENZIA COMPLESSA DI CASSINO

DICHIARA

* 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 le ASL nell’ultimo quadriennio
* di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana in una o entrambe le fasce di reperibilità giornaliere;
* 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.

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