



Alla Direzione Provinciale INPS di Massa-Carrara

[direzione.provinciale.massacarrara@postecert.inps.gov.it](mailto:direzione.provinciale.massacarrara@postecert.inps.gov.it)

**OGGETTO: Domanda per reclutamento di n. 3 (tre) Medici per l'effettuazione delle visite mediche di controllo.**

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ 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 Massa-Carrara, 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 della Provincia di Massa-Carrara.

**A TAL PROPOSITO 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, ai sensi delle disposizioni vigenti in materia (Regolamento Generale per la protezione dei dati personali 2016/679), dei dati necessari all'istruttoria della domanda che lo/la riguarda.

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

Il sottoscritto/a rilascia la presente dichiarazione consapevole del disposto di cui all'art 46 del DPR 445/2000.

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.