

# Schema-tipo Dichiarazione di disponibilità

Al Direttore Provinciale INPS di Trento

**Oggetto: Avviso pubblico per la ricerca di medici disponibili ad effettuare in via provvisoria e temporanea visite mediche di controllo domiciliare per la Direzione Provinciale di Trento - 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 (massimo 4 mesi), dell'attività di medico di controllo come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione Provinciale.

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

1) di avere la cittadinanza italiana/Unione Europea (indicare quale altro Stato dell'Unione Europea)

2) di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita 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 - nelle liste speciali dei Medici Fiscali della provincia di \_\_\_\_\_

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

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

10) di svolgere/aver svolto attività di medico fiscale per conto dell'INPS presso la/le Sedi di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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 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: \_\_\_\_\_

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

Allega:

- Fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità;
- Autocertificazione titolo di studio e iscrizione all'Albo (ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Trento, lì \_\_\_\_\_

In fede

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