



Alla Direzione Provinciale INPS di Siena

inviare in allegato alla PEC all'indirizzo:

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

**OGGETTO: Domanda per reclutamento Medici per l'effettuazione delle visite mediche di controllo.**

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ 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 Siena, 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 Siena e comuni limitrofi.

#### 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, nei limiti delle disposizioni vigenti, dei dati necessari all'istruzione e alla gestione della domanda che lo/la riguarda.

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

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.