

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL REPERIMENTO DI MEDICI CUI CONFERIRE INCARICHI INDIVIDUALI CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI FINALIZZATE ALL'ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITÀ MEDICO - LEGALI DELL'INPS PRESSO LE STRUTTURE DELLA DIREZIONE REGIONALE CAMPANIA**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

dichiaro e autocertifico, sotto la mia responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

- di essere residente nella città di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_,

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

- di essere in possesso del seguente documento d'identità:

tipo documento \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

rilasciato dal \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (allegato in copia alla presente)

- di essere reperibile ai seguenti recapiti:

Provincia: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_

Telefono 1: \_\_\_\_\_

Telefono 2: \_\_\_\_\_

Posta elettronica certificata del candidato: \_\_\_\_\_



-di impegnarmi a comunicare, a mezzo PEC, all'indirizzo

[direzione.regionale.campania@postacert.inps.gov.it](mailto:direzione.regionale.campania@postacert.inps.gov.it) successive eventuali variazioni di indirizzo di posta elettronica certificata;

-di essere in possesso di tutti i requisiti previsti per l'ammissione alla procedura di selezione;

-di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nell'avviso di selezione e di accettarle integralmente senza riserva alcuna;

-di scegliere le seguenti sedi, esclusivamente tra quelle indicate nell'avviso, in ordine di preferenza, con relativa garanzia oraria di presenza (minimo 25 ore settimanali), secondo la programmazione effettuata dal Coordinatore Medico Legale della Sede assegnata:

Regione Campania	UOC
	1
	2
	3
	4
	5

-di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Laurea	
Data Conseguimento	
Voto	
Università	
Città	
Indirizzo	
Pec o indirizzo email di contatto	

Dichiaro e autocertifico, inoltre, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, di essere iscritto all'albo professionale dei medici

- Provincia: \_\_\_\_\_

- Data Iscrizione: \_\_\_\_\_

- Numero Iscrizione: \_\_\_\_\_

- PEC o indirizzo email di contatto: \_\_\_\_\_

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni

Tipo	
Data Conseguimento	
Ateneo	
Città	
Indirizzo	
Pec o indirizzo email di contatto	

-di non trovarmi in alcuna delle seguenti condizioni di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico in parola:

- età anagrafica pari o superiore a 75 anni;
- sussistenza di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato presso qualsiasi ente pubblico o privato;
- esercizio dell'attività di medico di medicina generale convenzionato con il SSN presso la provincia ove è conferito l'incarico;
- esercizio dell'attività di medico pediatra convenzionato con il SSN presso la provincia ove è conferito l'incarico;
- esercizio dell'attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato con il SSN presso la provincia ove è conferito l'incarico;

- avere in corso collaborazioni con studi legali in materia previdenziale e assistenziale e in ogni caso svolga attività in procedimenti che configurino conflitto di interessi con l'INPS;
- essere titolare o avere partecipazioni delle quote di imprese, qualora le stesse possano configurare conflitto di interesse con l'INPS;
- avere avuto pregressi rapporti con l'Istituto conclusi con note negative in relazione a comportamenti professionali inappropriati, che ne hanno impedito il rinnovo contrattuale;
- essere, nell'ambito di svolgimento di attività sanitaria, proprietario, socio o azionista di maggioranza, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture, aziende, qualora ciò sia incompatibile con l'oggetto dell'incarico;
- esercizio di incarico analogo a quello previsto dal presente avviso, presso Commissioni mediche in ambito previdenziale e/o assistenziale anche se in qualità di Rappresentante di Associazione di Categoria, indipendentemente dall'ambito territoriale;
- esercizio dell'attività di medico fiscale;
- espletamento di compiti politici o amministrativi presso organi o enti territoriali e/o nazionali, cariche pubbliche elettive, incarichi governativi, mandato parlamentare;
- attività di collaborazione, svolta in qualsiasi forma, con CAF e Patronati;
- essere imputato in procedimenti nei quali l'INPS figura quale parte offesa, ovvero essere stato destinatario di condanne penali, con provvedimento passato in giudicato, per i reati per i quali è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici, ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro.

Dichiaro, altresì, di non trovarmi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro.

In ogni caso, alla data della sottoscrizione del contratto, il candidato è tenuto a cessare qualsiasi attività eventualmente incompatibile con il conferimento dell'incarico.

Ai fini della valutazione delle domande, per stilare la graduatoria, per il conferimento dell'incarico, dichiaro altresì:

➤ di avere già svolto le funzioni di medico esterno per adempimenti medico-legali per l'INPS, specificando i periodi effettivi

Tipo attività	
Funzione Ricoperta	
Periodo Temporale	
CML INPS di	

➤ di avere conseguito posizione di idoneità in graduatorie non scadute, a seguito di selezione svolta da una Pubblica Amministrazione per l'affidamento di incarichi in materia di medicina legale;

Ente	
Estremi graduatoria	

Chiedo pertanto:

di partecipare alla selezione pubblica per il reperimento medici cui conferire incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo per lo svolgimento di prestazioni libero professionali finalizzate all'espletamento delle attività medico - legali dell'INPS presso le strutture della Direzione Regionale Campania, per le sedi sopra indicate, secondo l'ordine di preferenza espresso.

Allego la seguente documentazione:

- Curriculum vitae
- Documento di riconoscimento

Firma

---