



Alla Direzione Provinciale INPS di Pesaro
inviare in allegato al seguente indirizzo PEC:
direzione.provinciale.pesaro@postacert.inps.gov.it

OGGETTO: Avviso pubblico per la ricerca di n. 2 medici per l'effettuazione in via provvisoria e temporanea delle visite mediche di controllo nel bacino territoriale di competenza della Direzione Provinciale di Pesaro - Dichiarazione di disponibilità

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ prov. _____
via _____

dichiara la propria disponibilità al conferimento dell'incarico per lo svolgimento, in via provvisoria e temporanea, dell'attività di medico di controllo, come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione provinciale, nelle seguenti fasce di reperibilità (effettuare una scelta o entrambe):

- Antimeridiana (dalle ore 10.00 alle ore 12.00)
- Pomeridiana (dalle ore 17.00 alle ore 19.00)

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art. 76 e s.m.i.), con la presente

DICHIARA

- di avere cittadinanza italiana / Unione Europea
(Stato _____);
- di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____
con il punteggio di _____;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____;
- di essere iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di _____ al n. _____;
- 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 P.A. e periodi):

di non svolgere attività medica presso presidi ASL nell'ambito del territorio di competenza della Direzione provinciale IPS di Pesaro della Provincia di Pesaro, ovvero di svolgere la/le seguenti attività:

di non incorrere in nessuna delle cause di inconferibilità / incompatibilità indicate all'art. 13 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina fiscale convenzionata INPS (ACN) sottoscritto in data 11 ottobre 2022, allegato all'avviso pubblico, del quale dichiara espressamente di avere preso visione;

di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali:

di essere 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 attenta visione dell'ACN sottoscritto in data 11 ottobre 2022, allegato all'avviso pubblico, e delle circolari INPS nel medesimo richiamate.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente dichiarazione venga inviata al seguente indirizzo PEC: _____

Comunica altresì il proprio numero di cellulare: _____ ed il proprio indirizzo di posta elettronica ordinaria: _____

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

Allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Data:

Firma: