



Istituto Nazionale Previdenza Sociale
Direzione provinciale di Salerno

Alla Direzione Provinciale INPS di Salerno
inviare in allegato a PEC all'indirizzo:
direzione.provinciale.salerno@postacert.inps.gov.it

Avviso pubblico per il reclutamento di n°13 medici disponibili ad effettuare visite mediche di controllo in via provvisoria e temporanea nel bacino territoriale della Direzione provinciale di Salerno.

Il/la sottoscritto/a dott. _____, nato/a a _____, il _____, residente a _____, prov. _____, in via _____, cell. _____; PEC _____

In relazione all'avviso pubblico in oggetto,

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 di Salerno, d'ufficio e/o su richiesta del datore di lavoro per l'evento di malattia nei confronti dei lavoratori pubblici e privati residenti e/o domiciliati nel bacino di competenza della Direzione provinciale di Salerno.

DICHIARA

- 1) di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di _____, il _____, con la votazione di _____;
- 2) di aver conseguito la seguente specializzazione in: _____ il _____;
- 3) di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ con il n. _____;

5) di aver svolto funzioni di medico fiscale per l'INPS/ASL nell'ultimo quadriennio (se sì, specificare periodo ed ente): _____

6) di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo a domicilio in entrambe le fasce di reperibilità giornaliera, oppure per la seguente fascia di reperibilità (indicare antimeridiana oppure pomeridiana) _____;

Si precisa che per l'ambito territoriale di Battipaglia l'incarico sarà assegnato solo a condizione che sia fornita la disponibilità per entrambe le fasce di reperibilità giornaliera.

7) di NON trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;

8) di NON svolgere attività a qualsiasi titolo presso presidi ASL coincidenti con l'ambito territoriale della Direzione provinciale di Salerno;

9) di NON svolgere perizie o consulenze medico-legali, per conto o nell'interesse di privati, che abbiano attinenza con le materie di competenza dell'INPS o di altri Enti previdenziali;

10) di NON essere stato esonerato da analogo incarico precedentemente ricoperto in INPS;

11) di svolgere la seguente attività libero professionale:

_____;

12) 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 di aver preso visione delle circolari INPS n. 4 e n. 199 del 2001, e n. 86 del 2008 per ciò che concerne le incompatibilità e i compensi.

Data _____

FIRMA

Allegati:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Curriculum vitae in formato europeo.



Indirizzo

direzione.provinciale.salerno@postacert.inps.gov.it

www.inps.it