



Alla Direzione Provinciale INPS di SONDRIO

Inviare in allegato a [direzione.provinciale.sondrio@postacert.inps.gov.it](mailto:direzione.provinciale.sondrio@postacert.inps.gov.it)

Oggetto: AWISO PUBBLICO PER LA RICERCA DI DISPONIBILITA' DI MEDICI DI CONTROLLO -  
DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Codice fiscale -----

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_

DICHIARA

la propria disponibilità al conferimento dell'incarico per lo svolgimento, in via provvisoria e temporanea, dell'attività di medico di controllo (Visite Mediche di Controllo) come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione Provinciale.

Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 28/12/2000 n. 445, art. 76 e s.m.i) con la presente dichiara:

- di avere cittadinanza italiana/europea (Stato)\_\_\_\_\_ di essere in possesso del diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA conseguito presso l'Università degli Studi di\_\_  
In data\_e 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'Ordine dei Medici di\_\_\_\_\_ dal con il n. -----
- di aver conseguito il/i seguenti diplomi di specializzazione  
in data\_\_  
in data \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_
- di NON svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia, ovvero di svolgere le seguenti attività  
\_\_\_\_\_
- di essere presente in posizione di IDONEITA' in graduatorie non scadute a seguito di selezione svolta da Pubblica Amministrazione per affidamento di incarichi in materia di Medicina Legale (indicare quali ;)
- di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni (indicare qual P.A, sedi, incarichi, tempo parziale/pieno e periodi);
- di svolgere/aver svolto attività di medico di controllo per conto INPS/ASL (Indicare la sede e i periodi)  
ASL\_\_dal\_\_al \_\_\_\_\_ INPS\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_
- di NON avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero di avere i seguenti rapporti in corso:
  
- di NON avere rapporti di lavoro con aziende private o pubbliche, ovvero di avere i seguenti rapporto in corso:
  
- di NON aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali



Via XXV Aprile, 5 23100 SONDRIO

cod. fisc.: 80078750587

p.iva: 02121151001

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

[www.inps.it](http://www.inps.it)

- di NON avere procedimenti penali in corso ovvero di aver i seguenti procedimenti penali in corso:
- di NON essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, né di essere stato dichiarato/a decaduto/a dall'altro impiego pubblico;
- 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 trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, di regolamento o di contratto di lavoro;
- di garantire la propria disponibilità a eseguire le visite di controllo assegnate in entrambe le fasce di reperibilità giornaliera.

Dichiara di aver preso visione dell'ACN sottoscritto l'11/10/2022 per ciò che concerne incompatibilità e i compensi.

Dichiara, altresì, di aver letto attentamente e, di conseguenza, accettare tutte le informazioni e precisazioni contenute nell'Avviso pubblico.

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:\_\_\_\_\_

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

Allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data In fede  
(firma)



Via XXV Aprile, 5 23100 SONDRIO

cod. fisc.: 80078750587

p.iva: 02121151001

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

[www.inps.it](http://www.inps.it)



Via XXV Aprile, 5 23100 SONDRIO

cod. fisc.: 80078750587

p.iva: 02121151001

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

[www.inps.it](http://www.inps.it)