



Sede Provinciale Macerata

Alla Direzione Provinciale INPS di MACERATA

inviare in allegato a PEC all'indirizzo:

*[direzione.provinciale.macerata@postacert.inps.gov.it](mailto:direzione.provinciale.macerata@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.  
\_\_\_\_\_;

#### 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 MACERATA, 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 Macerata.

#### DICHIARA

- 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 nell'ultimo quadriennio (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 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