**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL REPERIMENTO DI** **MEDICI CUI CONFERIRE INCARICHI INDIVIDUALI CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO, IN ATTUAZIONE ALLA SPERIMENTAZIONE DELLA RIFORMA DI CUI ALL’ART.33 DEL D.LGS. 62/2024, PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI FINALIZZATE ALL’ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITÀ MEDICO - LEGALI DELL’INPS PRESSO STRUTTURA DELLA DIREZIONE REGIONALE MARCHE - UOC MACERATA -**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiaro

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

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

tipo documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegato alla presente)

- di essere reperibile ai seguenti recapiti:

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

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

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

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

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

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

Posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-di impegnarmi a comunicare – a mezzo PEC all'indirizzo [direzione.regionale.marche@postacert.inps.gov.it](mailto:direzione.regionale.marche@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 garantire la seguente presenza oraria settimanale esprimendo un’unica preferenza tra:

* 15 ORE SETTIMANALI
* 20 ORE SETTIMANALI
* 25 ORE SETTIMANALI

-di essere in possesso del seguente titolo di studio:

|  |  |
| --- | --- |
| **Laurea** |  |
| **Data Conseguimento** |  |
| **Voto** |  |
| **Università** |  |
| **Città** |  |
| **Indirizzo** |  |
| **Pec o indirizzo e-mail di contatto** |  |

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** |  |
| **Ateneo/Istituto/Ente** |  |
| **Città** |  |
| **Indirizzo** |  |
| **Pec o indirizzo email di contatto** |  |
| **Data Conseguimento** |  |

-**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, ovvero medico pediatra, convenzionato con il SSN presso la provincia ove è conferito l'incarico. In caso di territorio ove siano presenti nella medesima provincia due o più Unità Operative medico legali, ovvero strutture operative decentrate medico legali, l’incompatibilità è limitata alle Unità Operative medico legali/ strutture operative decentrate medico legali che hanno competenza relativamente al territorio di riferimento della ASL di appartenenza del medico;

➢ 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, anche potenziale, con l’INPS;

➢ essere titolare o avere compartecipazioni delle quote di imprese, qualora le stesse possano configurare conflitto di interesse, anche potenziale, con l’INPS;

➢ avere avuto pregressi rapporti con l’Istituto conclusisi 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;

➢ svolgimento di analoga attività presso Commissioni mediche in ambito assistenziale, 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, a qualsiasi titolo, con CAF e Patronati;

➢ essere imputato in procedimenti penali nei quali l’INPS figuri quale parte offesa, ovvero che siano stati destinatari 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, mi impegno a cessare qualsiasi attività eventualmente incompatibile con il conferimento dell’incarico.

Ai fini della valutazione di condizioni di precedenza per il conferimento dell’incarico, dichiaro altresì:

 di avere già svolto le funzioni di medico esterno per adempimenti medico-legali per l’INPS;

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo attività |  |
| Funzione Ricoperta |  |
| Periodo Temporale |  |
| Sede 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 la UOC di MACERATA

Tutte le dichiarazioni sono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Allego la seguente documentazione:

* Curriculum vitae in formato europeo
* Documento di riconoscimento

Firma