

Alla Direzione Regionale INPS MARCHE:

direzione.regionale.marche@postacert.inps.

gov.it

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

cell. _____ indirizzo PEC _____;

Dichiara la propria disponibilità al conferimento dell'incarico per lo svolgimento dell'attività di medico fiscale con disponibilità per un minimo di 15 giorni al mese, come da avviso unico pubblicato da codesta Direzione regionale Marche INPS (deliberazione del CDA n.201 seduta del 03/12/2025), nelle seguenti fasce di reperibilità (barrare la casella che interessa):

- ☐ su entrambe le fasce di reperibilità dei lavoratori;
- ☐ sulla fascia mattutina di reperibilità dei lavoratori;
- ☐ sulla fascia pomeridiana di reperibilità dei lavoratori.

Disponibilità giorni mensili (minimo 15) _____

Nell'ambito del bacino di competenza della Direzione provinciale Macerata

DICHIARA

- di avere conseguito la laurea in medicina presso l'Università di _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale della provincia di _____ al n. _____. L'eventuale iscrizione all'Albo professionale in provincia diversa da quella in cui il medico intende candidarsi non costituisce motivo di esclusione;
- di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità indicate nell'avviso;
- di essere titolare di Partita IVA
- 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 redatto in formato europeo
