

Alla Direzione Provinciale INPS di FOGGIA
inviare in allegato a PEC all'indirizzo
direzione.provinciale.foggia@postacert.inps.gov.it.
o all'indirizzo mail istituzionale
Direzione.foggia@inps.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 FOGGIA, 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 provinciale

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 le ASL nell'ultimo quadriennio

di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo tutti i giorni della settimana in una o entrambe le fasce di reperibilità giornaliera;

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.

Data _____

FIRMA

Allegati:

copia documento di riconoscimento in corso di validità