

**Alla Direzione Provinciale INPS di Genova**

**tramite PEC:** [direzione.provinciale.genova@postacert.inps.gov.it](mailto:direzione.provinciale.genova@postacert.inps.gov.it)

**Oggetto: Avviso pubblico per la ricerca di disponibilità di medici di controllo-  
Dichiarazione di disponibilità**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il giorno \_\_\_\_\_ ,  
residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ , Partita IVA \_\_\_\_\_ -

**Dichiara la propria disponibilità**

**al conferimento dell'incarico per lo svolgimento, in via provvisoria e temporanea,  
dell'attività di medico di controllo come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione  
provinciale:**

**- nelle seguenti fasce di reperibilità:**

- antimeridiana (dalle ore 9.00 alle ore 13.00)**
- pomeridiana (dalle ore 15.00 alle ore 19.00)**

**- nell'ambito del bacino di competenza delle seguenti strutture :**

- Direzione Provinciale di Genova**
- Agenzia complessa di Genova Ponente**

**Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni  
mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art. 76 e s.m.i.), con la presente dichiara:**

- 1) di avere cittadinanza italiana/Unione Europea (Stato \_\_\_\_\_ )
- 2) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso  
l'Università Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con il  
punteggio di \_\_\_\_\_;
- 3) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo  
conseguita in data \_\_\_\_\_;

- 
- 4) di essere iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di \_\_\_\_\_ al  
n. \_\_\_\_\_ ;
- 5) di essere in possesso del/dei seguenti diplomi di specializzazione \_\_\_\_\_ ;
- 6) di essere in possesso della seguente formazione post-universitaria:  
titolo conseguito \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
in materia *affine/non affine* alla Medicina Legale;
- 7) di non aver prestato attività in qualità di medico fiscale presso Pubbliche  
Amministrazioni,  
*ovvero*  
di aver prestato attività in qualità di medico fiscale presso (indicare nominativi e  
periodi):  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- 8) di non svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia,  
*ovvero*  
di svolgere la/le seguenti attività: \_\_\_\_\_ ;
- 9) di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni (indicare  
quali P.A., sedi, incarichi, tempo parziale/pieno e periodi): di svolgere/aver svolto  
attività di medico fiscale per conto dell'I.N.P.S. presso la/le Sedi di  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;
- 10) di non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio  
Sanitario Nazionale,  
*ovvero*  
di avere i seguenti rapporti in corso \_\_\_\_\_ ;
- 11) di non aver rapporti di lavoro con aziende private o pubbliche,  
*ovvero*  
di avere i seguenti rapporti in corso: \_\_\_\_\_ ;

- 
- 12) di non aver riportato condanne penali  
ovvero  
di aver riportato le seguenti condanne penali: \_\_\_\_\_;
- 13) di non avere procedimenti penali in corso  
ovvero  
di avere il/ i seguenti procedimenti penali in corso: \_\_\_\_\_;
- 14) di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, né di essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico.

Dichiara altresì di aver letto attentamente e, conseguentemente, di accettare incondizionatamente tutte le informazioni e prescrizioni contenute nell'avviso pubblico, nonché di aver preso visione delle circolari INPS e dell'ACN citati nello stesso.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo PEC:

\_\_\_\_\_

Comunica altresì il proprio numero di cellulare: \_\_\_\_\_

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

Allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data

Firma

*Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445.*