

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL REPERIMENTO DI MEDICI SPECIALISTI IN SPECIFICHE BRANCHE DI INTERESSE ISTITUZIONALE, 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 LE STRUTTURE DELLA DIREZIONE REGIONALE CAMPANIA

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:

Indirizzo: _____ Comune: _____

CAP: _____ Provincia: _____

Telefono 1: _____

Telefono 2: _____

Posta elettronica certificata del candidato: _____

-di impegnarmi a comunicare a mezzo PEC all'indirizzo direzione.regionale.campania@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 scegliere la seguente UOC/UOS individuata nell'Avviso: _____

-di scegliere quale requisito di partecipazione le seguenti specializzazioni individuate nell'avviso, in ordine di preferenza:

1. _____

2. _____

-di essere disponibile ad essere collocato in altra branca di specializzazione più idonea alle esigenze dell'Istituto.



Dichiaro e autocertifico, inoltre, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,

-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 e-mail di contatto: _____

-di essere in possesso dei seguenti titoli di studio, di servizio e professionali, ai fini dell'attribuzione dei punteggi secondo l'articolazione prevista all'art. 5 "Criteri di valutazione dei titoli" dell'Avviso di selezione:

A. TITOLI DI STUDIO RILASCIATI DALLE UNIVERSITA': SPECIALIZZAZIONI, DOTTORATI DI RICERCA E ALTRI TITOLI

- 1) Data e luogo conseguimento Specializzazione/i in _____
- 2) Data e luogo conseguimento Dottorato/i di ricerca nella disciplina nella quale si concorre e/o in Medicina Legale _____
- 3) Data e luogo conseguimento Dottorato/i di ricerca in altre discipline _____
- 4) Data e luogo conseguimento Master I livello (nella disciplina nella quale si concorre) in _____
- 5) Data e luogo conseguimento Master II livello (nella disciplina nella quale si concorre) in _____
- 6) Data e luogo conseguimento Corso/i di Perfezionamento (nella disciplina nella quale si concorre) in _____

-di essere consapevole che la specializzazione per la quale si concorre, in quanto requisito di partecipazione, non sarà oggetto di valutazione e non darà titolo ad alcun punteggio;

B. TITOLI DI SERVIZIO IN ATTIVITA' MEDICO LEGALI PREVIDENZIALI E/O ASSISTENZIALI PRESSO LA P.A.

1) Attività medico legale prestata in materia previdenziale

2) Attività medico legale prestata in materia assistenziale

C. TITOLI SCIENTIFICI E PROFESSIONALI RISULTANTI DA CURRICULUM

1) Voto di Laurea _____

2) Voto di Specializzazione/i in _____

3) Titoli scientifici ed accademici non oggetto di valutazione al punto "A" _____

4) Esperienza lavorativa nella disciplina per la quale si concorre _____

5) Documentata esperienza nell'impiego delle metodologie di diagnosi strumentale proprie della disciplina (come da idonea certificazione allegata) _____

6) Conoscenza delle lingue straniere (come da idonea certificazione allegata) _____

7) Conoscenza dei sistemi operativi e delle applicazioni informatiche sanitarie (come da idonea certificazione allegata) _____

Dichiaro, altresì, di non trovarmi in alcuna delle seguenti condizioni di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico in parola:

- età anagrafica superiore a 75 anni;
- svolgere consulenze tecniche di parte, per conto e nell'interesse di privati, attinenti all'attività dell'INPS;
- svolgere consulenze tecniche d'ufficio nei procedimenti giudiziari nei quali l'INPS sia parte;

- avere in corso collaborazioni con studi legali e patronati in materia di invalidità civile e, in generale, negli ambiti previdenziale e assistenziale di competenza dell'Inps, e in ogni caso svolgere attività in procedimenti che configurino conflitto di interessi con l'INPS;
- essere, nell'ambito di svolgimento di attività sanitaria, proprietario, socio o azionista di maggioranza, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture, aziende;
- essere titolare o avere partecipazioni delle quote di imprese, qualora le stesse possano configurare conflitto di interesse con l'INPS;
- aver avuto pregressi rapporti con l'Istituto conclusi con note negative in relazione a comportamenti professionali inappropriati, che ne hanno impedito il rinnovo contrattuale;
- essere titolare di cariche pubbliche elettive, incarichi di governo o mandati parlamentari, incarichi politici o amministrativi presso organi o enti nazionali e/o territoriali;
- prestare la propria attività in Inps a qualsiasi titolo ad eccezione dell'eventuale svolgimento di attività libero professionale nell'ambito delle Commissioni Mediche di Verifica ex Mef;
- essere imputato in procedimenti nei quali l'INPS figura quale parte offesa, ovvero essere stato destinatario 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;
- trovarmi in alcuna delle condizioni di inconfiribilità all'incarico di cui al Decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;
- essere sottoposto a procedimenti disciplinari presso l'Ordine professionale di appartenenza;
- di non trovarmi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro.

Chiedo pertanto:

di partecipare alla selezione pubblica per il reperimento medici specialisti in specifiche branche di interesse istituzionale, 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 le strutture della Direzione regionale Campania, per le specializzazioni sopra indicate e secondo l'ordine di preferenza espresso.

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
- Documento di riconoscimento

Firma