

Alla Direzione Provinciale INPS di RAVENNA
inviare in allegato a PEC all'indirizzo
direzione.provinciale.ravenna@postacert.inps.gov.it

Oggetto:

COMUNICAZIONE DISPONIBILITA' COME MEDICO DI CONTROLLO INPS

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Comune di nascita _____

Residenza: Indirizzo _____

Cap _____ Comune _____

Provincia _____

Indirizzo PEC _____

Indirizzo e-mail _____

N. telefonico _____

Codice fiscale _____

Partita IVA _____

Preso atto della normativa contenuta nei DDMM 15/7/1986, 18/4/1996, 12/10/2000, 28/5/2001 e 8/5/2008 e di quanto indicato nella richiesta di disponibilità pubblicata dall'INPS, comunica la propria disponibilità ad assumere l'incarico temporaneo di medico fiscale per la durata di quattro mesi dalla data di accettazione del provvedimento di conferimento dell'incarico.

Si impegna altresì a:

- garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo in **entrambe le fasce di reperibilità** previste dalle disposizioni in vigore, eseguendole comunque in quella indicata di volta in volta dall'Istituto;

- garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo **in una sola delle fasce di reperibilità** previste dalle disposizioni in vigore, come stabilita dall'Istituto secondo le esigenze di servizio:
 - Antimeridiana
 - Pomeridiana

- Garantire la propria disponibilità per i Comuni della provincia di Ravenna;

- non svolgere perizie o consulenze medico-legali, per conto e nell'interesse di privati, che comunque abbiano attinenza con le materie di competenza dell'INPS o di altri Enti previdenziali;
- effettuare le visite di controllo assegnate secondo le modalità operative indicate dall'INPS;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'INPS qualsiasi variazione di attività professionale che possa costituire motivo di incompatibilità.

A tal fine dichiara, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445:

- di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di _____, il _____, con la votazione di _____;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____, conseguito presso l'Università di _____;
- di aver già svolto il servizio medico fiscale nel periodo _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con il numero con il n. _____;
- di non trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;
- 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;

Dichiara di esonerare l'Istituto da ogni responsabilità civile sia nei confronti di terzi che di sé stesso/a per eventi comunque connessi con l'espletamento dell'attività affidata.

Dichiara, altresì, di essere consapevole che l'incarico attribuito non comporta l'inclusione nelle liste di cui all'art. 11 del DM 18 aprile 1996 e che il medesimo incarico può essere revocato anticipatamente in caso di riorganizzazione del servizio di visite mediche di controllo domiciliari di cui all'art. 18 del d. lgs 75/2017.

Autorizza il trattamento, nei limiti delle disposizioni vigenti, dei dati che lo/la riguardano, necessari all'espletamento dell'attività e alla liquidazione dei compensi relativi.

E' fatto assoluto divieto di eseguire visite di controllo nei confronti del coniuge, di parenti o affini entro il quarto grado.

Le inosservanze degli obblighi convenzionali saranno valutate ai sensi dell'art. 10 del DM 18 aprile 1996, fatti salvi eventuali riflessi amministrativi, civili e penali.

Luogo _____, data _____

Firma _____

Allegati:

copia documento di riconoscimento in corso di validità