

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

DIREZIONE PROVINCIALE NUORO

Il/La sottoscritto/a dott. _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ provincia _____

via _____ tel. _____

Pec/Mail _____

DICHIARA DI ESSERE

- Iscritto/a all'Ordine dei Medici con il n. _____ (se non ancora iscritto/a esibire la documentazione di iscrizione entro un massimo di 90 giorni a partire dal ricevimento della lettera di incarico, v. punto 6)
- Iscritto/a all'Ordine dei Medici della provincia di _____ con il n. _____

CHIEDE

di svolgere un incarico temporaneo per 4 mesi al massimo per il servizio delle visite mediche di controllo domiciliari

- garantendo 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;
- garantendo 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 (possibilmente quella ____ antimeridiana ____ pomeridiana)

DICHIARA INOLTRE

1. di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di _____ il _____ con la votazione di _____;
2. di aver conseguito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo;
3. di aver conseguito le seguenti specializzazioni in _____;
4. di essere stato/a iscritto/a in precedenza nelle liste della Sede INPS di _____ con effetto dal _____;
5. di essere a conoscenza che costituisce motivo di incompatibilità con la funzione di medico di controllo:
 - a) non garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo almeno in una delle fasce di reperibilità previste dalle disposizioni in vigore;
 - b) trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;
 - c) svolgere perizie o consulenze medico-legali, per conto e nell'interesse di privati, che abbiano attinenza con le materie di competenza dell'INPS o di altri Enti previdenziali;

6. di essere a conoscenza che le eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare entro il termine di 15 giorni, entro il termine, cioè, stabilito per la restituzione della copia della lettera di incarico sottoscritta per accettazione (art. 2 D.M. 12.10.2000);
7. di essere a conoscenza che, se non ancora iscritto negli albi professionali della provincia, l'eventuale incarico è sospeso fino a un massimo di 90 giorni a partire dal ricevimento della lettera di incarico da parte dell'INPS, trascorsi i quali l'incarico non viene conferito (art. 2 D.M. 12.10.2000)
8. di svolgere la seguente attività libero professionale: _____;
9. di percepire trattamento pensionistico di (vecchiaia, anzianità, invalidità, ecc.) _____ dal _____ erogato da (cancellare se il caso non ricorre);
10. di aver preso visione delle circolari INPS n. 4 e n. 199 del 2001, n. 86 del 2008 e Messaggio n. 2524 del 07/06/2016 per ciò che concerne le incompatibilità ed i compensi. Le circolari sono consultabili sul sito dell'Istituto (www.inps.it).

Il/la sottoscritto/a dichiara, consapevole delle responsabilità che si assume, ai sensi della normativa vigente, che tutte le notizie fornite sono complete e conformi a verità.

In caso di accoglimento della richiesta di incarico, si impegna a presentare, entro il termine perentorio di 10 giorni dal ricevimento della lettera di incarico, autocertificazione attestante l'iscrizione all'Ordine dei Medici, il possesso del diploma di laurea con la relativa data e votazione, l'abilitazione all'esercizio della professione nonché le specializzazioni conseguite.

Il 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 _____

Al modulo deve essere allegata la fotocopia, fronte e retro, chiaramente leggibile, di un documento di identità in corso di validità.