



REGIONE PIEMONTE - CANDIDATURA: Avviso di selezione pubblica per il reperimento di un contingente di n. 26 Medici Specializzandi e Laureati in Medicina e Chirurgia Partecipanti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, ai quali con ferire incarichi LIBERO-PROFESSIONALI per lo svolgimento delle funzioni di accertamento MEDICO-LEGALE SUI LAVORATORI PUBBLICI E PRIVATI ASSENTI PER MALATTIA AI SENSI DELL'ART. 34 COMMA 1-BIS DEL DECRETO LEGISLATIVO 17 AGOSTO 1999, N. 368

La/Il sottoscritta/o, nata/o il/...../..... a, provincia (.....) C.F.....

chiede di partecipare alla selezione pubblica, per le strutture della Regione Piemonte, per il reperimento di un contingente di **n. 26** medici, ai quali conferire incarichi individuali, con contratto di lavoro autonomo, per lo svolgimento delle funzioni di accertamento MEDICO-LEGALE sui lavoratori Pubblici e Privati assenti per malattia ai sensi dell'Art. 34 comma 1-BIS del Decreto Legislativo 17 Agosto 1999, n. 368

Tra le sedi indicate nell'avviso, esprime le seguenti preferenze:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

DICHIARA

- di essere residente in prov. (.....)

Via n CAP

- di essere in possesso del seguente documento d'identità in corso di validità:

tipo documento - n

rilasciato da il/...../.....

- di essere reperibile ai seguenti recapiti:

Via n CAP

Comune: prov. (.....)

Telefono 1: - Telefono 2:

Posta Elettronica Certificata

- di impegnarsi a comunicare a mezzo PEC all'indirizzo: direzione.regionale.piemonte@postacert.inps.gov.it successive eventuali variazioni di indirizzo di posta elettronica certificata;
- di aver allegato alla domanda il curriculum vitae aggiornato;
- di essere in possesso di tutti i requisiti previsti per l'ammissione alla procedura di selezione:
 - ✓ cittadinanza _____ (italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea, nei limiti e con le modalità indicate dall'art. 38 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165);
 - ✓ pieno godimento dei diritti civili e politici;
 - ✓ iscrizione all'Albo dei medici chirurghi;
 - ✓ iscrizione alla Scuola di specializzazione di area sanitaria/iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale.



- di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nell'avviso di selezione e di accettarle senza riserva alcuna;
- **di non trovarsi in alcuna delle seguenti cause di incompatibilità e di inconferibilità di cui all'avviso di selezione pubblica per il reperimento di Medici Specializzandi e Laureati in Medicina e Chirurgia Partecipanti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, ai quali con ferire incarichi LIBERO-PROFESSIONALI per lo svolgimento delle funzioni di accertamento MEDICO-LEGALE sui lavoratori Pubblici e Privati assenti per malattia ai sensi dell'Art. 34 Comma 1-BIS del Decreto Legislativo 17 Agosto 1999, n. 368:**
 - a) di non essere imputato in procedimenti nei quali l'INPS figura quale parte offesa, ovvero di non 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;
 - b) di non trovarsi nelle condizioni di inconferibilità dell'incarico di cui al Decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;
 - c) di non essere sottoposto a procedimenti disciplinari presso l'Ordine professionale di appartenenza.
- di essere a conoscenza che il sopravvenire delle sopra citate condizioni, in data successiva alla sottoscrizione del contratto comporta la risoluzione di diritto dello stesso e pertanto dovrà essere comunicato con la massima tempestività.
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Tipo	Laurea in medicina e chirurgia
	conseguita in
Data	Voto di laurea in 110
Conseguimento	decimi
Università	
Città	
Indirizzo Ateneo	
PEC o indirizzo e-mail di contatto Ateneo	

- di essere iscritto al ____° anno della scuola di specializzazione in ____ presso _____;
- di essere iscritto al ____° anno del corso di formazione specifica in medicina generale della Regione _____;
- di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità/incompatibilità indicate nel presente avviso;
- di essere titolare di Partita IVA; n. _____;
- di essere a conoscenza che, alla data di sottoscrizione del contratto, sono tenuto a cessare qualsiasi attività eventualmente incompatibile con il conferimento dell'incarico.
- di essere iscritta/o all'Ordine dei Medici della provincia di: _____;
 - Data iscrizione: _____;
 - Numero iscrizione: _____;
 - PEC o indirizzo e-mail: _____;

Dichiara di acconsentire al trattamento dei dati personali inseriti nella presente domanda, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 e del Regolamento UE n. 2016/679 e successivi provvedimenti attuativi.

Luogo e Data

Firma del candidato

**ALLEGATO: CURRICULUM VITAE
DOCUMENTO IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**