



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

**OGGETTO:** Domanda per reclutamento Medici per l'effettuazione delle  
Visite Mediche di Controllo

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_;

### **CHIEDE**

di essere ammesso reclutamento di medici iscritti all'Ordine dei Medici per l'effettuazione delle Visite Mediche di Controllo disposte dalla Direzione Provinciale INPS di VITERBO, d'ufficio e/o su richiesta del datore di lavoro, nei confronti dei lavoratori pubblici e privati residenti e/o domiciliati, per l'evento di malattia, nell'ambito territoriale della Provincia di VITERBO.

### **DICHIARA**

- di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito la seguente specializzazione in: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_;
- di risultare idoneo alla selezione svolta da \_\_\_\_\_ per l'affidamento di incarichi in materia di medicina legale;



- di aver svolto funzioni di medico fiscale per le ASL nell'ultimo quadriennio
- di garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo in entrambe le fasce di reperibilità giornaliera;
- di NON trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;
- di NON svolgere attività a qualsiasi titolo presso presidi ASL coincidenti con l'ambito territoriale della Sede;
- di NON svolgere perizie o consulenze medico-legali, per conto o nell'interesse di privati, che comunque abbiano attinenza con le materie di competenza dell'INPS o di altri Enti previdenziali;
- 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.

Il/la 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

\_\_\_\_\_

Allegati:

copia documento di riconoscimento in corso di validità