



Allegato 1

Al Direttore provinciale Inps di Pavia

**Oggetto: Avviso pubblico per la ricerca di disponibilità di medici di controllo-
Dichiarazione di disponibilità (Prot.INPS.5700.03/08/2020.0000281364).**

Schema-tipo Dichiarazione di disponibilità.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____)
in Via _____ n. _____
Cod. fisc. _____ Partita IVA _____

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento dell'incarico per lo svolgimento, in via provvisoria e temporanea, dell'attività di medico di controllo come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione provinciale nelle seguenti fasce di reperibilità:

- **antimeridiana (dalle ore 9.00 alle ore 13.00)**
- **pomeridiana (dalle ore 15.00 alle ore 19.00)**

Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art. 76 e s.m.i.), con la presente dichiara:

- 1) di avere cittadinanza italiana/Unione Europea (Stato _____)
- 2) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito

presso l'Università degli Studi di _____

in data _____ con il punteggio di _____ - _____

3) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____

4) di essere iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di _____
al n. _____

5) di essere in possesso del/dei seguenti diplomi di specializzazione:

6) di non aver prestato attività in qualità di medico fiscale presso Pubbliche Amministrazioni, ovvero di aver prestato attività in qualità di medico fiscale presso (indicare nominativi e periodi):

7) di non svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia, ovvero di svolgere la/le seguenti attività:

8) di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni (indicare quali P.A., sedi, incarichi, tempo parziale/pieno e periodi):



Viale Cesare Battisti, 23/25 Pavia
tel +39 0382 396200
Direzione.pavia@inps.it
www.inps.it

9) di svolgere/aver svolto attività di medico fiscale per conto dell'I.N.P.S. presso la/le
Sedi di:

_____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

10) di non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio
Sanitario Nazionale, ovvero di avere i seguenti rapporti in corso:

11) di non aver rapporti di lavoro con aziende private o pubbliche, ovvero di avere i
seguenti rapporti in corso:

12) di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti
condanne penali:

13) di non avere procedimenti penali in corso ovvero di avere il/ i seguenti
procedimenti penali in corso:



Viale Cesare Battisti, 23/25 Pavia
tel +39 0382 396200
Direzione.pavia@inps.it
www.inps.it

3
fo

14) di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, né di essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico.

Dichiara altresì di aver letto attentamente e, conseguentemente, di accettare incondizionatamente tutte le informazioni e prescrizioni contenute nell'avviso pubblico, nonché di aver preso visione delle circolari INPS citate nello stesso.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo PEC: _____

Comunica altresì il proprio numero di cellulare: _____ ed il proprio indirizzo di posta elettronica ordinaria: _____

Autorizza, infine, INPS al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini degli adempimenti dell'espletamento della procedura in oggetto.

Allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

_____, li _____

In fede

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445.



Viale Cesare Battisti, 23/25 Pavia
tel +39 0382 396200
Direzione.pavia@inps.it
www.inps.it

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'fe'.