All’INPS

Direzione dell’Area Metropolitana

Via Galileo Ferraris, 4

80142 – Napoli

Oggetto: Richiesta di convenzionamento di medico specialista esterno (rif. circolare

n.16/2005 del Coordinamento Generale Medico-Legale INPS).

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_),

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_),

Via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice

fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (le comunicazioni avverranno esclusivamente via posta elettronica)

**C H I E D E**

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di cui all'oggetto per i Centri Medico Legali-UOC 1, 2, 3, 4 e 5 dell'Area Metropolitana INPS di Napoli, per la seguente branca

specialistica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni penali e civili richiamate nell’art. 76 del succitato DPR e successive modifiche ed integrazioni

**D I C H I A R A**

* di non versare in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dall’Ordinamento per il presente rapporto di collaborazione, OVVERO di essere munito del nulla osta a prestare attività in regime di convenzione con l’INPS, rilasciato dalla struttura datoriale di appartenenza;
* di possedere i requisiti di partecipazione richiesti dall’avviso in oggetto;
* di essere disposto/a svolgere l’incarico di prestazione d’opera professionale affidato nei termini e con le modalità che l’INPS riterrà di indicare con specifico contratto.
* di essere in regola con il versamento dei contributi assicurativi obbligatori dovuti all’Istituto, OVVERO di non essere soggetto a siffatto obbligo;

**D I C H I A R A**

altresì, che le informazioni contenute nell’allegato curriculum professionale corrispondono al vero.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n.196/2003 che i dati personali raccolti sono obbligatori per il corretto svolgimento della procedura e saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati:

- curriculum professionale;

- scansione di un documento di riconoscimento in corso di validità.