

RACCOMANDATA A.R.

All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale INPS
Direzione di Lucca - Piazza Martiri della Libertà, n°65 - 55100 LUCCA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il
_____ a _____ residente a
_____ prov. _____ via
_____ telefono _____ indirizzo _____ mail
/PEC _____

- iscritto/a all'Ordine dei Medici della provincia di _____ con il n. _____
(cfr. successivo punto 6)

C H I E D E

Di essere iscritto/a nelle liste previste dall'art. 1 del Decreto Ministeriale 15/07/1986, integrato e modificato dal D.M. 18/4/1996 e dal D.M. 12/10/2000, nell'ambito di codesta Sede di LUCCA (1),

per le visite domiciliari di controllo da svolgere nei Comuni di **Barga, Castelnuovo Garfagnana, Coreglia Antelminelli, Galliciano, Pieve Fosciana, Piazza al Serchio, Camporgiano, Minucciano, Castiglione di Garfagnana, San Romano in Garfagnana, Villa Collemantina, Sillano Giuncugnano, Molazzana, Vagli di Sotto, Fabbriche di Vergemoli, Fosciandora, Careggine.**

garantendo la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo in entrambe le fasce di reperibilità previste dalle disposizioni in vigore ed eseguendole comunque in quella di volta in volta indicata dall'Istituto;

ovvero

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 e prendendo atto che la disponibilità di controllo per una sola fascia comporta l'assegnazione delle visite da eseguire entro un massimo di 12 settimanali;

D I C H I A R A

1) di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di _____ in data _____ con la votazione di _____;

2) di aver conseguito le seguenti Specializzazioni in _____

_____;

_____;
_____;

3) di essere stato/a iscritto/a in precedenza nelle predette liste della Sede INPS di _____ con effetto dal _____;

4) di essere a conoscenza che, ai sensi del predetto D.M. 12/10/2000, costituisce motivo di incompatibilità con la funzione di medico di controllo delle liste speciali:

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;

5) di essere a conoscenza che, in caso di iscrizione nelle liste, 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);

6) di essere a conoscenza che, se non ancora iscritto negli albi professionali della provincia cui è riferita la lista (LUCCA), l'eventuale incarico è sospeso fino ad 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);

7) di essere a conoscenza che, ai sensi dell'articolo 4, comma 10 bis, della legge n.125/2013, l'INPS, per l'effettuazione delle visite mediche di controllo domiciliari ai lavoratori assenti dal servizio per malattia, si avvale, in via prioritaria, dei medici inseriti nelle liste speciali, già costituite ai sensi del D. L. n. 463/1983, nelle quali vengono confermati i medici inseriti nelle suddette liste e che risultavano già iscritti nelle liste alla data del 31 dicembre 2007;

8) di svolgere la seguente attività libero professionale: _____
_____;

9) di percepire trattamento pensionistico (vecchiaia, anzianità, invalidità, ecc) _____ dal _____ erogato da _____.

Cancellare il punto 9 se il caso NON ricorre.

Il/La sottoscritto/a dichiara, consapevole delle responsabilità che si assume ai sensi della Legge 4/01/1968, n. 15, che tutte le notizie fornite sono complete e conformi a verità.

In caso di utile inserimento nelle liste di cui si tratta, si impegna a presentare, entro il termine perentorio di 15 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 avvalendosi del modulo allegato al presente bando.

Il/La sottoscritto/autorizza il trattamento, nei limiti delle disposizioni vigenti, dei dati necessari all'istruttoria ed alla gestione della domanda che lo/la riguarda.

Data _____

Firma _____

- N.B. Barrare le caselle che interessano

(1) L'accettazione di un incarico comporta la cancellazione da eventuale altra lista e l'automatica rinuncia a domande in precedenza avanzate per l'inserimento in altre liste (art. 2 D.M. 12/10/2000).

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