

ALLEGATO 2 – modello di domanda

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL REPERIMENTO DI UN CONTINGENTE DI N.17 MEDICI SPECIALISTI IN SPECIFICHE BRANCHE DI INTERESSE ISTITUZIONALE, CUI CONFERIRE INCARICHI INDIVIDUALI CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI FINALIZZATE ALL'ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITÀ MEDICO LEGALI DELL'INPS PRESSO LE STRUTTURE INPS DI BERGAMO, MANTOVA E PAVIA, COINVOLTE NELLA SPERIMENTAZIONE DELLA RIFORMA DELLA DISABILITÀ AI SENSI DELL'ART. 33 DEL D. LGS. N.62/2024

Io sottoscritto/a..... nato/a.....
il...../...../..... a, prov. di (.....),
C.F.....

Con riferimento all'avviso pubblico relativo all'oggetto, chiedo di partecipare alla selezione pubblica, indicando di seguito la sede INPS scelta ed in ordine di preferenza le relative specializzazioni:

SEDE INPS (una sola preferenza)	TIPO SPECIALISTICA o SPECIALIZZAZIONE
	1°
	2°

A tal fine, dichiaro:

- di essere residente nella città di, provincia di (.....),
in 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:
Provincia: - Comune: via
....., n CAP

Telefono 1: - Telefono 2: Posta Elettronica Certificata del candidato

- di impegnarmi a comunicare a mezzo PEC all'indirizzo: **direzione.regionale.lombardia@postacert.inps.gov.it** successive eventuali variazioni di indirizzo di posta elettronica certificata o di recapito telefonico;
- di essere in possesso di tutti i requisiti previsti per l'ammissione alla procedura di selezione;
- di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nell'avviso di selezione e di accettarle integralmente senza riserva alcuna;
- di essere disponibile ad essere collocato in altra branca di specializzazione più idonea alle esigenze dell'Istituto;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Laurea	
Data Conseguimento	
Voto	
Università	
Città	
Indirizzo di contatto dell'Istituto universitario	
Pec o indirizzo e-mail di contatto dell'Istituto universitario	

- di essere iscritto all'albo professionale dei medici della Provincia: _____
- Data Iscrizione: _____
- Numero Iscrizione: _____
- PEC o indirizzo e-mail di contatto: _____
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio, di servizio e professionali, ai fini dell'attribuzione dei punteggi secondo l'articolazione prevista all'art. 5 "Criteri di valutazione dei titoli" dell'Avviso di selezione:

**A. TITOLI DI STUDIO RILASCIATI DALLE UNIVERSITA': SPECIALIZZAZIONI, DOTTORATI DI RICERCA
E ALTRI
TITOLI**

- 1) Data e luogo conseguimento Specializzazione/i in_____
- 2) Data e luogo conseguimento Dottorato/i di ricerca nella disciplina nella quale si concorre e/o in
Medicina Legale_____
- 3) Data e luogo conseguimento Dottorato/i di ricerca in altre discipline_____
- 4)Data e luogo conseguimento Master I livello (nella disciplina nella quale si concorre) in_____
- 5)Data e luogo conseguimento Master II livello (nella disciplina nella quale si concorre) in_____
- 6)Data e luogo conseguimento Corso/i di Perfezionamento (nella disciplina nella quale si concorre)
in_____

- di essere consapevole che la specializzazione per la quale si concorre, in quanto requisito di partecipazione, non sarà oggetto di valutazione e non darà titolo ad alcun punteggio.

**B. TITOLI DI SERVIZIO IN ATTIVITA' MEDICO LEGALI PREVIDENZIALI E/O ASSISTENZIALI PRESSO LA
P.A.**

- 1) Attività medico legale prestata in materia previdenziale

- 2) Attività medico legale prestata in materia assistenziale

C. TITOLI SCIENTIFICI E PROFESSIONALI RISULTANTI DA CURRICULUM

- 1) Voto di Laurea (ultima conseguita attinente allo specifico Albo professionale) _____
- 2) Voto di Specializzazione/i in _____
- 3) Titoli scientifici ed accademici non oggetto di valutazione al punto "A" _____
- 4) Esperienza lavorativa nella disciplina per la quale si concorre _____
- 5) Documentata esperienza nell'impiego delle metodologie di diagnosi strumentale proprie della disciplina _____
- 6) Conoscenza delle lingue straniere _____
- 7) Conoscenza dei sistemi operativi e delle applicazioni informatiche sanitarie _____

Dichiaro, altresì, di non trovarmi in alcuna delle seguenti condizioni di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico in parola:

- età anagrafica superiore a 75 anni;
- svolgere consulenze tecniche di parte, per conto e nell'interesse di privati, attinenti all'attività dell'INPS;
- svolgere consulenze tecniche d'ufficio nei procedimenti giudiziari nei quali l'INPS sia parte;
 - avere in corso collaborazioni con studi legali e patronati in materia di invalidità civile e, in generale, negli ambiti previdenziale e assistenziale di competenza dell'INPS, e in ogni caso svolga attività in procedimenti che configurino conflitto di interessi con l'INPS;
- essere, nell'ambito di svolgimento di attività sanitaria, proprietario, socio o azionista di maggioranza, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture, aziende;
- essere titolare o avere partecipazioni delle quote di imprese, qualora le stesse possano configurare conflitto di interesse con l'INPS;

- aver avuto pregressi rapporti con l'Istituto conclusi con note negative in relazione a comportamenti professionali inappropriati, che ne hanno impedito il rinnovo contrattuale;
- essere titolare di cariche pubbliche elettive, incarichi di governo o mandati parlamentari, incarichi politici o amministrativi presso organi o enti nazionali e/o territoriali;
- prestare la propria attività in INPS a qualsiasi titolo ad eccezione dell'eventuale svolgimento di attività libero professionale nell'ambito delle Commissioni Mediche di Verifica ex Mef;
- essere imputato in procedimenti nei quali l'INPS figura quale parte offesa, ovvero 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;
- trovarmi in alcuna delle condizioni di inconferibilità all'incarico di cui al Decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;
- essere sottoposto a procedimenti disciplinari presso l'Ordine professionale di appartenenza;
- trovarmi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro.

Tutte le dichiarazioni sono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000. Allego la seguente documentazione:

- Curriculum vitae
- Documento di riconoscimento in corso di validità

Data

Firma del candidato

.....