

ALLA D.R. INPS PER LA VALLE D'AOSTA
CORSO BATTAGLIONE 39 – 11100 AOSTA

OGGETTO: Domanda di iscrizione nelle liste speciali dei medici di controllo.

Il/la sottoscritto/a dott.

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov _____

via _____ tel _____

eventuale indirizzo PEC _____

iscritto/a all'Ordine dei Medici, con il n. _____
(se non ancora iscritto/a esibire la documentazione di iscrizione **entro un massimo di 90 giorni a partire dal ricevimento della lettera di incarico** -v. successivo punto 6).

iscritto/a all'Ordine dei Medici della provincia di _____ con il
n. _____

CHIEDE

di essere iscritto/a nelle liste previste dall'art. 1 del Decreto Ministeriale 15.7.1986, integrato e modificato dal D.M. 18.4.1996 e dal D.M.12.10.2000, nell'ambito di codesta Direzione Regionale, ambito territoriale di _____ (1),

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

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** (possibilmente quella antimeridiana oppure ella pomeridiana),
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;

DICHIARA

1) di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di

_____ il _____, con la votazione
di _____;

2) di aver conseguito le seguenti specializzazioni:

- 3) di essere stato 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 comunque 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 gg., 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 (Aosta), l'eventuale incarico è sospeso fino a 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'art. 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 di (*vecchiaia, anzianità, invalidità, ecc.*): _____
 _____ dal _____, erogato da _____
 _____ (*cancellare se il caso non ricorre*).

Il/la sottoscritto/a dichiara, consapevole delle responsabilità che si assume, ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000, 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/a autorizza il trattamento, nei limiti delle disposizioni vigenti, dei dati necessari all'istruttoria e 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 IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'.