



COMUNICAZIONE DISPONIBILITÀ COME MEDICO DI CONTROLLO INPS

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (prov. ____) il __/__/_____

Codice Fiscale _____ Partita Iva _____

Residente a

Comune _____ (prov. _____)

Indirizzo _____ Cap _____

Recapiti

PEC _____ @ _____

E-mail _____ @ _____

Cell. _____

preso atto della normativa contenuta nei D.M. 17/07/86, 18/04/96, 12/10/2000, 28/05/2001 e 08/05/2008 e di quanto indicato nella richiesta di disponibilità pubblicata dall'Inps

- **comunica la propria disponibilità** ad assumere l'incarico continuativo e temporaneo di medico fiscale, per la durata di quattro mesi dalla data di accettazione dell'incarico;
- garantisce la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo nelle seguenti **fasce orarie**:
 - antimeridiana (9,00-13,00) e pomeridiana (15,00-19,00);
 - solo antimeridiana (9,00-13,00);
 - solo pomeridiana (15,00-19,00).



- garantisce la propria disponibilità per i Comuni ricadenti nel seguente **distretto di assegnazione** (sceglierne uno):
 - S. Teresa di Riva
 - Milazzo (Isole Eolie)

- garantisce **disponibilità aggiuntiva** per i Comuni dei distretti di:
 - Barcellona P.G.
 - Messina
 - Milazzo (se non di assegnazione)
 - Patti
 - S. Agata di Militello
 - S. Teresa di Riva (se non di assegnazione)

- **si impegna a:**
 - effettuare le visite di controllo assegnate secondo le modalità operative indicate dall'INPS;
 - comunicare tempestivamente all'INPS qualsiasi variazione di attività professionale che possa costituire motivo di incompatibilità;

- **dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle conseguenze per dichiarazioni mendaci previste dagli artt. 75 e 76:
 - di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di Messina con il numero _____;
 - di non trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;
 - di non 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;
 - di svolgere le seguenti attività professionali

nel seguente Comune _____;

 - di essere consapevole che è fatto assoluto divieto di eseguire visite di controllo nei confronti del coniuge, di parenti o affini entro il quarto grado;



- di essere consapevole che le inosservanze degli obblighi convenzionali, fatti salvi eventuali riflessi amministrativi, civili e penali, saranno motivo di possibile decadenza immediata dall'incarico;
 - di essere consapevole che l'incarico attribuito non comporta l'inclusione nelle liste di cui all'art. 11 del DM 18 aprile 1996 e che il medesimo incarico può essere revocato anticipatamente in caso di riorganizzazione del servizio di visite mediche di controllo domiciliari di cui all'art. 18 del d.lgs 75/2017;
 - di esonerare l'Istituto da ogni responsabilità civile sia nei confronti di terzi che di sé stesso per eventi comunque connessi con l'espletamento dell'attività affidata.
-
- **Allega** copia del documento d'identità in corso di validità.
 - **Autorizza** il trattamento, nei limiti delle disposizioni vigenti, dei dati che lo/la riguardano, necessari all'espletamento dell'attività e alla liquidazione dei compensi relativi.

Luogo e Data

Firma
