RACCOMANDATA

ALL'ISTITUTO NAZIONALE
DELLA PREVIDENZA SOCIALE
SEDE di _____

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. _____,

☐ 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. 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 SAP, Circoscrizione/i territoriale/i di

_____ (1),

(Vale solo per carenze già pubblicizzate alla data della domanda: indicare la lista o le liste prescelte)

☐ 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* ☐ *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 in: _____, _____;
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, 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 svolgere la seguente attività libero professionale: _____;
8) 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 della Legge 4.1.1968, 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 15 giorni dal ricevimento della lettera di incarico, la certificazione rilasciata, in carta semplice, dall'Ordine dei medici, attestante l'***iscrizione all'Ordine medesimo***, il possesso del ***diploma di laurea con la relativa data e votazione***, l'***abilitazione*** all'esercizio della professione nonché le ***specializzazioni*** conseguite. Solo nel caso di cui al punto 6) (medico non ancora iscritto all'Ordine provinciale) la certificazione dell'Ordine dei medici può essere presentata entro 90 giorni.

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

Data _____ FIRMA _____

N.B. *Barrare le caselle che interessano*

(1) In caso di pluralità di scelte gli incarichi saranno conferiti lista dopo lista seguendo l'ordine numerico INPS attribuito alla struttura.
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).