

INAIL
DIREZIONE REGIONALE VENETO
Santa Croce 712
30135 - VENEZIA

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI COLLABORAZIONE ESTERNA COME MEDICO **ODONTOIATRA** PRESSO LA SEDE INAIL DI _____.

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)
Tel. _____ Cell. _____

DICHIARA

di essere disponibile all'effettuazione delle prestazioni indicate nell'avviso pubblico presso lo studio ove esercita la professione, sito in _____,
per la/le Sede/Sedi sotto riportata/riportate:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

di essere attualmente in possesso dei seguenti requisiti:

- di non essere dipendente dell'INAIL con rapporto d'impiego e di non avere incarichi da parte dell'Istituto in regime di rapporto libero-professionale (Accordo per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni);
- di non ricoprire incarichi presso Enti di patrocinio;
- di non essere proprietario, comproprietario, amministratore, direttore e gestore di case di cura convenzionate con l'INAIL, site nella regione Veneto e che nelle stesse condizioni sono il coniuge, i parenti e gli affini del sottoscritto entro il terzo grado;
- di non essere proprietario, comproprietario, propagandista o comunque collaboratore di case farmaceutiche;
- di non avere responsabilità di medico competente;
- di non trovarsi in conflitto d'interesse con riferimento all'incarico;
- di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale ovvero di non essere soggetto già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;
- di non avere contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'INAIL;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non avere procedimenti penali in corso, per quanto a conoscenza dell'interessato;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- essere residente a _____

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: laurea in _____ conseguita presso l'Università di _____ il _____ con voto di _____ specializzazione in _____, conseguita presso _____, il _____ con voto _____;
- di essere abilitato all'esercizio della professione medica a decorrere dal _____;
- di essere iscritto all'Albo dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di _____ al n. _____ dal _____;
- di aver conseguito i Crediti formativi obbligatori secondo le vigenti disposizioni in materia;
- che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa previdenziale con obbligo di versamento contributivo: SI _____ NO _____ (*barrare l'opzione ricorrente*)
- di non essere mai stato destituito né dispensato dal Pubbliche Amministrazioni;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____;
- di essere titolare della seguente partita IVA _____;
- di aver fatto opzione al competente ufficio IVA per il regime fiscale agevolato (art. 13 della legge n. 388/2000): SI _____ NO _____ (*barrare l'opzione ricorrente*) oppure di avere aderito al regime fiscale dei "Contribuenti minimi" di cui all'art. 1 comma 96 della legge finanziaria 2008: SI _____ NO _____ (*barrare l'opzione ricorrente*)
- che il domicilio al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla selezione è il seguente: _____ e che qualsiasi variazione verrà tempestivamente comunicata a codesta Amministrazione.
- di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati per lo svolgimento del presente incarico e comunque nel rispetto del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i. (Regolamento UE 679/2016) e quindi ne autorizza il trattamento da parte dell'INAIL – DIREZIONE REGIONALE per il VENETO, anche ai fini degli adempimenti in materia di trasparenza degli incarichi conferiti dalle PP.AA. tra cui la pubblicazione del Curriculum Vitae (art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013);

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre: (*barrare l'opzione scelta*):

- di essere in possesso dei seguenti Titoli di Qualificazione professionale:
 Titoli professionali certificati _____

 Pubblicazioni scientifiche _____

- di aver svolto attività sanitaria Odontoiatrica in ambito pubblico o privato
 SI (ente _____ durata _____) NO
- di aver svolto - come consulente tecnico d'ufficio nei procedimenti civili o di lavoro o come perito nei procedimenti penali - i seguenti incarichi in materia di odontoiatria nel triennio precedente l'anno di presentazione della domanda:

- di essere in possesso dell'accreditamento con il SSR SI NO

- di essere in possesso della certificazione di qualità SI NO
- che il proprio studio/ambulatorio è privo di barriere architettoniche

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'INAIL, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445, potrà effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

MANIFESTA

la propria disponibilità, in caso di nomina, ad assumere l'incarico di Responsabile del Trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito dell'esecuzione dell'incarico, ai sensi degli artt. 4 comma 1 lett. g) e 29 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (Regolamento UE 679/2016).

SI IMPEGNA

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza dell'incarico, se conferito, o nel periodo di vigenza della graduatoria.

La presente dichiarazione è costituita di n. _____ pagine (apporre la propria firma anche sulla prima pagina)

Si allega alla presente domanda:

Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità

Curriculum Vitae formativo e professionale in formato europeo

Dichiarazione per affidamento incarico ... con comunicazione dati da pubblicare ai sensi dell'art. 15 co. 1 lett. C del D.Lgs. n. 33/2013

Altro: (ad es. accreditamento SSR, certificazione di qualità, ecc.):

IN FEDE

(luogo, data)

Firma leggibile
