

AVVISO PUBBLICO PER LA RICERCA DI MEDICI DISPONIBILI PER L'EFFETTUAZIONE IN VIA PROVVISORIA E TEMPORANEA DI VISITE MEDICHE DI CONTROLLO PRESSO LA SEDE INPS DI SAVONA

L'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale di Savona

VISTI

- il D.M del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 18 aprile 1996;
- il D.M. del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 12 ottobre 2000;
- il D.M. del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 8 maggio 2008;
- l'art. 4, c. 10bis del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito in legge n. 125/2013;
- l'art. 1, c. 340, della legge 27 dicembre 2013, n. 147;
- gli artt. 18 e 22 del D. Lgs. 27 maggio 2017, n. 75;
- il decreto del Ministro per la semplificazione e la P.A. n. 206 del 17 ottobre 2017;
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Fiscale e Convenzionata INPS sottoscritto in data 11 ottobre 2022
- la Determinazione del direttore generale INPS n. 163 del 26 giugno 2023;

CONSIDERATA

la necessità, nelle more dell'espletamento da parte della Direzione Generale INPS delle procedure di reclutamento dei medici da convenzionare per le esigenze del "Polo unico per le visite fiscali, di assicurare l'effettuazione di visite mediche di controllo (VMC)

RENDE NOTO

che questa Direzione provinciale è interessata alla individuazione di 1 medico con disponibilità immediata a effettuare, nelle fasce orarie:

dalle 10.00 alle 12.00 e dalle 17.00 alle 19.00

le visite domiciliari di controllo disposte sia dai Datori di lavoro sia dall'Inps nei confronti dei soggetti residenti nel **bacino di competenza della Filiale Territoriale di Albenga**. Il rapporto con il medico fiscale temporaneo è regolato secondo la disciplina contenuta nell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Fiscale e Convenzionata INPS sottoscritto in data 11 ottobre 2022, che deve intendersi espressamente richiamato. L'incarico, laddove conferito, sarà di natura provvisoria e avrà una durata massima di sei mesi rinnovabile una sola volta per ulteriori sei mesi. L'attività svolta avrà natura libero professionale, in un rapporto di collaborazione fiduciaria con l'istituto, e, pertanto, in nessun caso potrà configurare un rapporto svolto alle dipendenze dell'Inps. Essa prevede l'utilizzo di applicazioni e piattaforme informatiche connesse allo svolgimento delle attività relative alla composizione, acquisizione e trasmissione dei verbali e di ogni altro documento inerente alle attività svolte. In caso sia necessaria la formazione di una graduatoria, si terrà conto dei criteri previsti dai decreti ministeriali che normano la disciplina nonché di quelli espressi nell'Accordo Collettivo Nazionale sopra richiamato. In considerazione dell'urgenza e della temporaneità dell'incarico e delle esigenze di contenere i costi di gestione, sarà privilegiata la residenza nell'ambito della provincia di SAVONA. La dichiarazione di disponibilità dovrà essere presentata utilizzando esclusivamente il modulo allegato, debitamente compilato, prestando attenzione a indicare anche il proprio numero di cellulare ed indirizzo PEC/Mail. Alla stessa dovrà essere allegata, a pena di esclusione, copia di un valido documento di riconoscimento, trattandosi di una dichiarazione di responsabilità resa ai sensi del D.P.R. 445/2000, unitamente al curriculum vitae in formato europeo.

La dichiarazione e la copia del documento di riconoscimento dovranno essere inviate tramite PEC entro il **15 Maggio 2024 al seguente indirizzo: direzione.provinciale.savona@postacert.inps.gov.it** indicando nell'oggetto la dicitura: "Rif. **Avviso pubblico per ricerca disponibilità temporanea di medici per visite di controllo**". Al fine del rispetto dei termini di presentazione della domanda farà fede la data di trasmissione telematica. Nella domanda l'interessato dovrà altresì dichiarare di aver preso visione delle seguenti circolari: circ. INPS n. 4 e n. 199 del 2001, n. 86 del 2008 e Messaggio n.2524 del 07 giugno 2016, nonché, per ciò che concerne le incompatibilità ed i compensi, l'accordo collettivo nazionale in data 11 ottobre 2022 - ACN - ed in particolare gli artt. 13 e 21. Gli incarichi potranno essere revocati anticipatamente rispetto alla scadenza del termine in caso di riorganizzazione del servizio di visite mediche di controllo, ai sensi della determina del D.G. N. 163/2023. Ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), e successive modifiche ed integrazioni (D.Lgs 101/2018; D.L. DL 139/2021) nonché del General Data Protection Regulation - GDPR - (Regolamento europeo 2016/679), i

dati richiesti dal presente avviso pubblico o dalla modulistica allegata, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità e nei modi previsti dall'avviso stesso e saranno oggetto di trattamento svolto nel pieno rispetto della normativa vigente.

Per informazioni sul presente avviso e possibile contattare il numero 0198315451 oppure scrivere a: risorseumane.savona@inps.it.

Savona lì, 15/04/2024

Il Direttore Provinciale

Sergio Fiore

Alla Direzione Provinciale INPS di Savona

inviare in allegato alla seguente PEC:

direzione.provinciale.savona@postacert.inps.gov.it

OGGETTO: Domanda per reclutamento di n. 1 Medici per l'effettuazione delle visite mediche di controllo in via provvisoria e temporanea nel bacino territoriale della Direzione Provinciale di Savona – bacino Filiale Territoriale di Albenga

Il/la sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____, il _____ residente a _____
_____ prov. _____
via _____ cell. _____,
PEC _____, email _____

Dichiara la propria disponibilità al conferimento dell'incarico per lo svolgimento, in via provvisoria e temporanea, dell'attività di medico di controllo come da avviso pubblico emesso da codesta Direzione provinciale, nelle seguenti fasce di reperibilità (effettuare una scelta o ambedue):

- ☐ antimeridiana (dalle ore 10.00 alle ore 12.00)
- ☐ pomeridiana (dalle ore 17.00 alle ore 19.00)

Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art. 76 e s.m.i.), con la presente dichiara:

- 1) di avere cittadinanza italiana/Unione Europea (Stato _____)
- 2) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____
con il punteggio di _____
- 3) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____ presso _____
- 4) di essere iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di _____ al n. _____
- 5) di essere in possesso del/dei seguenti diplomi di specializzazione

6) di non aver prestato attività in qualità di medico fiscale presso Pubbliche Amministrazioni, ovvero di aver prestato attività in qualità di medico fiscale presso (indicare nominativi e periodi) :

7) di non svolgere alcuna attività medica nel territorio di questa provincia, ovvero di svolgere la/le seguenti attività:

8) di prestare attività in qualità di medico per conto di Pubbliche Amministrazioni (indicare quali P.A., sedi, incarichi, tempo parziale/pieno e periodi):

9) di svolgere/aver svolto attività di medico fiscale per conto dell'I.N.P.S. presso la/le Sedi di _____ dal _____ al _____

10) di non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero di avere i seguenti rapporti in corso :

11) di non aver rapporti di lavoro con aziende private o pubbliche, ovvero di avere i seguenti rapporti in corso:

12) di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____

13) di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso, ovvero di avere il/ i seguenti procedimenti penali in corso

14) di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, né di essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico.

Dichiara altresì di aver letto attentamente e, conseguentemente, di accettare incondizionatamente tutte le informazioni e prescrizioni contenute nell'avviso pubblico, nonché di aver preso visione delle circolari INPS e dell'accordo collettivo nazionale citati nello stesso.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo PEC : _____

Comunica altresì il proprio numero di cellulare: _____ ed il proprio indirizzo di posta elettronica ordinaria: _____

Autorizza, infine, INPS al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini degli adempimenti dell'espletamento della procedura in oggetto.

Allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

_____, li _____

In fede

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445

Allegati:

- copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- *Curriculum vitae* in formato europeo.