

Oggetto: Istanza di iscrizione all'Albo per la costituzione delle Commissioni mediche per l'accertamento delle condizioni di Invalido Civile (L. 295/90), Cieco Civile (L. 382/70), Sordomuto (L. 381/70), Portatore di handicap (L. 104/92) e Disabile ai fini dell'inserimento lavorativo (L. 68/99).

Il/la Sottoscritto/a _____ Medico/Assistente Sociale

- con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso la ASL Brindisi nel Presidio Ospedaliero / Dipartimento di _____ U.O. _____ con sede in _____ via _____
- con rapporto di lavoro convenzionato a tempo indeterminato presso la ASL Brindisi in qualità di Specialista ambulatoriale /MMG / PLS presso _____ città di _____ via _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per il conferimento dell'incarico di

- PRESIDENTE
- 2° COMPONENTE
- 3° COMPONENTE
 - specialista in Oftalmologia,
 - specialista in Otorinolaringoiatria
- ESPERTO
- ASSISTENTE SOCIALE

delle Commissioni in oggetto.

A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere nato a _____ il _____ ;
- Codice Fiscale _____ ;
- di essere residente in _____ all'via _____ ;
- di avere come recapito di telefono cellulare il n. _____ ;
- di avere come recapito PEC/mail _____ ;
- di essere in possesso del seguente Diploma di scuola media superiore _____ conseguito il _____ presso _____ ;

- di essere in possesso della Laurea in _____ conseguita il _____ presso l'Università degli Studi di _____ ;
- di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita il _____ presso l'Università degli Studi di _____ ;
- di non aver compiuto i 70 anni di età e di non essere in quiescenza alla data della presentazione della domanda;
- di non aver subito condanne penali;
- di non avere procedimenti penali in corso per fatti e/o atti riguardanti reati specificatamente correlati all'attività delle Commissioni Invalidi Civili, Ciechi Civili, Sordomuti, Legge 104/92 e Legge 68/99;
- di non essere / essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari che si siano conclusi con l'irrogazione di una sanzione superiore al rimprovero verbale o scritto; in caso affermativo, indicare la tipologia di sanzione _____ e la data di irrogazione _____ ;
- di non aver / aver ricevuto valutazioni negative da parte degli organismi aziendali; in caso affermativo, indicare la data di valutazione negativa _____ ;
- di non essere / essere titolare di cariche politiche elettive, e di non essere candidato per il conseguimento delle stesse; in caso affermativo, indicare tipo di carica _____ e relativo ambito territoriale _____ ;
- di aver ricoperto nell'ultimo mandato l'incarico di _____ nella Commissione distrettuale/provinciale _____ sita nel Comune di _____ ;
- di essere perfettamente in grado di usare al videoterminale senza alcuna limitazione per eseguire le procedure informatiche necessarie all'attività delle Commissioni sul portale INPS – INVCIV2010;
- di non trovarsi in nessuna delle altre condizioni di incompatibilità e/o inconfiribilità previste dalla legge, dall'Avviso e dal Regolamento interno per il funzionamento delle commissioni mediche;
- di conoscere la normativa di riferimento inerente le commissioni mediche in argomento;
- di avere letto e compreso tutte le clausole dell'Avviso e del testo aggiornato del Regolamento interno per il funzionamento delle Commissioni mediche, giusta delibera ASL BR n. 984 del 06.06.2017;

chele eventuali comunicazioni relative all'Avviso siano inviate al seguente indirizzo: via/piazza _____ CAP _____ Comune _____
Provincia _____ telefono _____ PEC/mail _____
_____;

ai sensi del d.lgs.vo 196/2003 dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall'art. 7 della medesima legge.

Data,

In fede