

INAIL  
DIREZIONE REGIONALE CAMPANIA  
Via Nuova Poggioreale  
80124 - NAPOLI

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI COLLABORAZIONE ESTERNA COME PROFESSIONISTA PSICOLOGO.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_;  
con studio professionale sito in \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.)  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_; PEC: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di accettare i contenuti del bando e di essere disponibile all'effettuazione delle prestazioni indicate nell'avviso pubblico, presso la Sede Inail di

**(\*) indicare esclusivamente una sola delle sedi Inail riportate nel Avviso Pubblico di selezione comparativa, nel cui ambito di competenza territoriale deve risultare ubicato lo studio privato del professionista come da tabella all. 8 – competenza territoriale delle sedi.**

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;
- di non esercitare funzioni di ordine fiscale per conto dell'INAIL;
- 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 Campania e che nelle stesse condizioni sono il coniuge, i parenti e gli affini del sottoscritto entro il terzo grado;
- di non trovarsi in conflitto d'interesse con riferimento all'incarico, rilasciando a tal fine espressa dichiarazione (All. 2);
- di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale;
- 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 aver subito da parte di una Pubblica Amministrazione risoluzione del contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni;

- 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 essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea o straniero regolarmente soggiornante;
- essere residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_);  
alla via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_
- 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 a decorrere dal \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ 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 aver stipulato idonea polizza assicurativa per eventuali danni subiti o causati dagli utenti nel corso delle attività;
- 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. 101/2018 e s.m.i. e quindi ne autorizza il trattamento da parte dell'INAIL – DIREZIONE REGIONALE per la CAMPANIA, anche ai fini degli adempimenti in materia di trasparenza degli incarichi conferiti dalle PP.AA.;

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

di essere in possesso dei seguenti Titoli di Qualificazione professionale:

- Pubblicazioni scientifiche
- Titoli professionali certificati
- Corsi di formazione
- Esperienza professionale certificata in materia di disabilità acquisita

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. 101/2018.

#### 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. All. 1

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 in formato europeo

Altro: \_\_\_\_\_

IN FEDE

Firma leggibile

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_