

I.N.A.I.L. D.R. SICILIA
VIALE DEL Fante, 58/d
90146 Palermo

Domanda di partecipazione alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico di collaborazione esterna come odontoiatra presso la sede INAIL di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
(prov. _____), il _____, residente in _____,
(prov. _____), via _____, n. _____ tel _____,
cell. _____, e-mail _____ al fine di partecipare alla
selezione per n. _____ incarichi a professionisti medici odontoiatri, ai sensi
del T.U. in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R.
445/2000, consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di
dichiarazione mendace (art.76 del D.P.R. 445/2000) e della decadenza dai
benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base
della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria
responsabilità,

DICHIARA

di voler partecipare alla procedura comparativa per l'effettuazione delle
prestazioni odontoiatriche indicate nell'avviso pubblico in oggetto,
presso lo studio ove esercita la professione sito in _____ -
via _____, n. _____
per il seguente Comune _____.

A tale scopo prende atto ed accetta in ogni sua parte l'avviso pubblico oggetto
della presente domanda e

DICHIARA,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
2. di avere il godimento dei diritti civili e politici;
3. di aver acquisito l'esperienza professionale indicata nel curriculum vitae allegato alla presente;
4. di non essere dipendente dell'I.N.A.I.L. e di non avere incarichi dell'Istituto con rapporto libero-professionale;
5. di non esercitare funzioni di ordine fiscale per conto dell'I.N.A.I.L.;
6. di non ricoprire incarichi presso Enti di patrocinio;

7. di non essere proprietario, comproprietario, amministratore, direttore e gestore di Case di cura convenzionate con l'I.N.A.I.L., site nella Regione Sicilia e che nelle stesse condizioni sono il coniuge, i parenti e gli affini del sottoscritto entro il terzo grado;
8. di non essere proprietario, comproprietario, propagandista o comunque collaboratore di case farmaceutiche;
9. di non avere responsabilità di medico competente;
10. di non trovarsi in conflitto d'interesse con riferimento all'incarico;
11. di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale;
12. di non avere contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'INAIL;
13. di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
14. di non essere mai stato destituito né dispensato da Pubbliche Amministrazioni;
15. 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;
16. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
17. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
 laurea in _____ conseguita presso l'Università di _____
 il _____ con voto di _____;
18. specializzazione in _____,
 conseguita presso _____,
 il _____ con voto di _____;
19. di essere abilitato all'esercizio della professione di odontoiatra a decorrere dal _____;
20. di essere iscritto all'Albo degli odontoiatri della provincia di _____ al n. _____ dal _____;
21. di aver conseguito i crediti formativi obbligatori secondo le vigenti disposizioni in materia;
22. che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa previdenziale con obbligo di versamento contributivo: SI NO
 (*barrare l'opzione ricorrente*)

23. di essere titolare del seguente codice fiscale _____;

24. di essere titolare della seguente partita IVA _____;

25. 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

26. 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)

27. 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.

28. di rispettare la riservatezza dei dati, delle situazioni o di quanto venga a conoscere in conseguenza dell'opera svolta ai sensi anche del D.Lgs 196/2003, e d'impegnarsi a non divulgare dette informazioni, anche al fine scientifico e/o di studio, senza preventiva autorizzazione scritta dell'INAIL.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere in possesso dei seguenti titoli preferenziali (barrare l'opzione scelta):

- Pubblicazioni scientifiche _____
- Titoli professionali certificati _____
- di aver svolto attività di collaborazione con Pubbliche Amministrazioni _____ e la durata della medesima
SI (data iniziale _____ data finale _____) NO
- di aver svolto attività di consulente tecnico d'ufficio presso _____ e la durata della medesima
SI (data iniziale _____ data finale _____) NO
- di essere in possesso della Certificazione di qualità _____
SI NO

- che le richieste di prestazioni (*Modalità e Tempi dell'Avviso*) verranno evase entro _____ giorni lavorativi dalla data dell'impegnativa.

Per quanto sopra, il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati ai fini del presente incarico e comunque nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 s.m. e, quindi, ne autorizza il trattamento da parte dell'INAIL.

Firma (per esteso e leggibile)

SI IMPEGNA

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

La presente dichiarazione è costituita di n. _____ pagine

(apporre la propria firma su tutte le pagine).

Si allega alla presente domanda:

Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

Curriculum formativo e professionale.

Copia delle certificazioni di qualità possedute.

Altro:

IN FEDE

Luogo e data _____

Firma (per esteso e leggibile)
