

INAIL
DIREZIONE REGIONALE CALABRIA
Via Vittorio Veneto, 60 – 88100 Catanzaro
calabria@inail.it – calabria@postacert.inail.it

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI SELEZIONE COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI CONSULENZA A PROFESSIONISTA ODONTOIATRA PER PRESTAZIONI A FAVORE DEGLI INFORTUNATI E TECNOPATICI ASSISTITI DALL'INAIL.

Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Tel. _____ Cell. _____

indirizzo PEC _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di selezione comparativa per il conferimento dell'incarico professionale di consulente odontoiatra per la Sede INAIL di:

_____ (può essere presentata domanda esclusivamente per una sola delle seguenti Sedi INAIL indicate nel relativo Avviso pubblico: Reggio Calabria, Palmi, Locri, Vibo Valentia, Catanzaro, Crotone, Cosenza, Corigliano-Rossano, Castrovillari).

A tal fine, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, le sanzioni previste dal c.p. e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del sopracitato D.P.R.,

DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti civili e politici;

- di non aver riportato condanne penali con sentenza definitiva o che abbiano comportato o comportino quale sanzione accessoria l'incapacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione, ovvero provvedimenti consistenti in misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di non avere carichi pendenti e/o procedimenti penali in corso;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese e di non avere a carico cause ostative ai sensi della legislazione vigente in materia di antimafia (D.Lgs. n. 159/2011);
- di non essere mai stato sottoposto a misure di prevenzione né di aver riportato condanne per i reati di cui alle leggi antimafia;
- di non essere dipendente dell'INAIL e di non avere incarichi da parte dell'Istituto con rapporto libero-professionale;
- di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato alle dipendenze di Ente pubblico o privato, con divieto di esercizio di attività libero professionale;
- 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 Calabria e che nelle stesse condizioni sono il coniuge, i parenti e gli affini del sottoscritto entro il terzo grado;
- di non essere proprietario, comproprietario, amministratore, propagandista o comunque collaboratore di case farmaceutiche;
- di non trovarsi in situazione di inconferibilità e incompatibilità ai sensi delle norme vigenti;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001;
- di non avere contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'I.N.A.I.L.;
- di non essere mai stato destituito né dispensato da Pubbliche Amministrazioni;
- non essersi reso – nei due anni precedenti la pubblicazione del presente Avviso – responsabile di violazioni dei doveri connessi allo svolgimento di attività professionale nell'interesse di Pubbliche Amministrazioni formalmente contestate;
- di non trovarsi nello status di "pensionato" ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. n. 90/2014 come convertito con Legge n. 114/2014;
- di essere in regola con i pagamenti previsti in materia di imposte, tasse, contributi previdenziali e premi assicurativi;

- che la struttura è in regola rispetto alle norme previste in materia di sicurezza degli ambienti di lavoro e di radioprotezione;
- che la struttura è in possesso di una adeguata copertura assicurativa, in corso di validità, a garanzia della responsabilità civile per danni a terzi (stipulata con la Compagnia _____) nell'esecuzione delle prestazioni contrattuali per tutta la durata della Convenzione;
- di essere in possesso polizza assicurativa, in corso di validità, a garanzia della responsabilità professionale con massimale non inferiore a € 1.000.000,00 (un milione/00) stipulata con la Compagnia _____);
- di svolgere l'attività di consulenza presso lo Studio professionale ubicato nel territorio provinciale di _____, in regola con i requisiti autorizzativi previsti dalle norme vigenti in materia, e conforme a quanto previsto dalle norme in materia di accessibilità alle persone in condizioni di disabilità;
- di essere disponibile all'effettuazione delle prestazioni indicate nell'Avviso pubblico, presso lo Studio ove esercita la professione, sito in _____
- che risulta aperta presso INAIL posizione assicurativa PAT n. _____ Codice Cliente n. _____ e iscrizione all'INPS Matricola n. _____;

Qualora l'interessato fosse dipendente di una Pubblica Amministrazione dovrà presentare una dichiarazione, resa ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre del 2000, attestante di essere autorizzato allo svolgimento delle prestazioni di che trattasi in base a quanto disposto dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, corredata da copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
 - Laurea in _____ conseguita c/o _____ il _____ voto _____;
 - Specializzazione in _____ conseguita c/o _____ il _____ voto _____;
- di essere abilitato all'esercizio della professione;
- di essere iscritto all'Ordine dei _____ della provincia di _____ al nr. _____ dal _____;

VIA VITTORIO VENETO, 60 – 88100 CATANZARO – TEL. 0961535111 – FAX 0961535211

calabria@inail.it - Calabria@postacert.inail.it

PART. IVA 00968951004 – CODICE FISCALE 01165400589

- di avere conseguito i crediti formativi obbligatori negli anni 2022 – 2023 – 2024 secondo le vigenti disposizioni in materia;
- di essere / non essere in possesso di certificazione di qualità.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli di qualificazione professionale:

- Specializzazioni post-laurea

- Titoli professionali certificati

- _____ presso _____
dal _____ al _____;
- _____ presso _____
dal _____ al _____;
- _____ presso _____
dal _____ al _____;
- _____ presso _____
dal _____ al _____;

- Pubblicazioni scientifiche (esclusi "abstract")

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- che l'indirizzo PEC al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla selezione è il seguente

ed assicura che qualsiasi variazione verrà tempestivamente comunicata.

ATTESTA

di aver preso visione delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000;

di aver avuto piena conoscenza dell'avviso pubblico in data _____ e
di accettare tutte le indicazioni in esso riportate;

di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati ai fini del presente incarico e comunque nel rispetto del del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 (GDPR), quindi ne autorizza il trattamento da parte dell'I.N.A.I.L.;

SI IMPEGNA

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

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, dichiara sotto la propria responsabilità che tutti gli allegati alla presente domanda sono conformi all'originale ed è a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Allega alla presente domanda:

Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità;

Curriculum professionale e formativo, datato e sottoscritto, redatto ai sensi del DPR 445/2000;

Copia della certificazione di qualità posseduta;

Patto di integrità datato e sottoscritto;

Copia della polizza assicurativa prevista nell'Avviso.

Altro:

Luogo e data _____

Firma Leggibile