ALLA COMMISSIONE MEDICA SUPERIORE
INPS – ROMA

_ l _ sottoscritt__ cognome _____ nome _____

data e luogo di nascita _____ C.F. _____

residenza e/o domicilio (con cap) _____

recapiti telefonici: tel.abitaz. _____ cell. _____ tel.uff _____ fax _____

dà la propria disponibilità a far parte della Commissione Medica Superiore, quale membro aggiuntivo periferico, per l'espletamento dell'attività di verifiche straordinarie secondo le disposizioni di cui ex art. 80 della Legge 133/2008, nella seguente provincia:

di _____

A tal fine dichiara:

- di essersi laureat_ in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università _____

- di essere iscritt_ all'Ordine dei Medici della Provincia di _____

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

1) _____ votazione _____ data _____
2) _____ votazione _____ data _____
3) _____ votazione _____ data _____

- di non aver svolto precedentemente attività quale membro di Commissioni mediche ASL o di Verifica per l'accertamento degli stati di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità.

- di non aver incarichi presso Enti e/o Associazioni di categorie di persone invalide

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità analoghe a quelle previste dal Messaggio n. 9493 del 12/04/2007 e dal Messaggio n. 20108 del 03/08/2007 per i componenti delle Commissioni Mediche di Verifica Provinciali INPS (reperibili sul sito www.inps.it)

- di essere disponibile a partecipare alle sedute settimanali previste per l'ambito provinciale di riferimento secondo modalità che saranno definite

Eventuali attività ed incarichi che si ritiene opportuno porre in rilievo _____

_____

e allega sintetico curriculum (una pagina) che evidenzi l'esperienza scientifico-professionale posseduta

Luogo e data *Firma*

_____ _____