

ALL. 2

**All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale
Direzione regionale Molise**

direzione.regionale.molise@postacert.inps.gov.it

OGGETTO: domanda di partecipazione alla selezione per l'attivazione di una convenzione con l'INPS in materia di accertamenti sanitari.

___I___ sottoscritt _____
nat___ a _____ Prov. _____ il _____
in qualità di legale rappresentate della struttura sanitaria _____
con sede in _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n° _____
Tel. _____ Indirizzo PEC _____

(le comunicazioni avverranno esclusivamente via posta elettronica certificata)

CHIEDE

di essere ammess ___ a partecipare alla procedura di cui all'oggetto per la Direzione provinciale di _____ ed a tal fine individua il medico _____ quale incaricato a svolgere l'attività specialistica di _____.

II dr. _____, **ai sensi degli artt. 46 e 74 del DPR 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali e civili richiamate nell'art. 76 del succitato DPR e successive modifiche ed integrazioni,**

DICHIARA

- di possedere i requisiti di ammissibilità richiesti dall'art. 2 a) e b), punti da 1 a 10, dell'avviso pubblicato in data su,
- di aver preso visione e di obbligarsi con la presente a quanto richiesto nei punti da 11 a 14 dell'art. 2 b) dell'avviso pubblico sopra citato;

- di non essere stato/a sottoposto/a, negli ultimi 5 anni a procedimenti penali con sentenza passata in giudicato e non essere stato/a, nello stesso arco di tempo, destinatario/a di sanzioni disciplinari;
- di non aver in corso procedimenti penali;
- di non ricoprire analoghi incarichi presso Commissioni mediche ASL;
- di non eseguire consulenze tecniche di parte per conto e nell'interesse di privati attinenti con l'attività dell'INPS e di non effettuare consulenze tecniche d'ufficio nei procedimenti giudiziari nei quali l'INPS figura quale legittimato passivo;
- di non avere incarichi politici o amministrativi presso organi o istituzioni territoriali e/o nazionali;
- di essere disposto/a a svolgere l'incarico di prestazione d'opera professionale affidato nei termini e con le modalità indicate nello schema di convenzione allegato all'avviso pubblico.

Dichiara, altresì, che le informazioni inserite nell'allegato *curriculum* professionale corrispondono al vero.

Data _____

Firma _____

(professionista individuato)

Il dr. _____, legale rappresentate della struttura sanitaria _____ attesta, altresì, che la struttura, in base alla categoria di appartenenza, è in possesso degli ulteriori requisiti indicati nell'art. 2 dell'avviso:

(*struttura sanitaria pubblica*) è assimilabile agli Enti ospedalieri, così come definiti ai sensi dell'art. 19, 1° comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, o agli ambulatori e dai presidi territoriali delle Aziende Unità Sanitarie Locali così come definiti ai sensi della legge 23 dicembre 1978 n. 833 e successive modificazioni e integrazioni o agli altri enti pubblici che svolgono attività omogenee con le esigenze medico legali previste dall'avviso.

(*presidio di diagnostica strumentale e di laboratorio*) risponde ai requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e qualificazione funzionale del personale così come definiti all'art. 25, comma 12, della legge 23 dicembre 1978 n. 833.

(*struttura sanitaria di carattere privato, compresi Istituti ed Enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano assistenza ospedaliera*) è in regola con le leggi regionali che disciplinano l'autorizzazione e la vigilanza sulle suddette istituzioni secondo quanto previsto dall'art. 43 della citata legge n. 833/1978; dette strutture dovranno inoltre attestare di possedere i requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, secondo quanto previsto dall'art. 4 della legge 30 dicembre 1992, n. 502.

(*struttura operanti nel campo della radiologia*) dichiara di essere in regola con l'applicazione delle norme previste dal decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187 e dovranno assicurare il rispetto di quanto previsto, in materia di accertamenti radiologici a finalità medico legali, dall'art. 4, comma 6 dello stesso Decreto.

Data _____

Firma _____

(*legale rappresentante della struttura*)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire il procedimento in oggetto..

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti.

I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione del procedimento.

L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore regionale territorialmente competente a ricevere la presente domanda.

Allegati:

- curriculum professionale del medico individuato
- scansione di un documento di riconoscimento in corso di validità del medico individuato
- scansione di un documento di riconoscimento in corso di validità del rappresentate legale.