

PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO
DI N. 1 INCARICO DI **CONSULENTE ODONTOIATRA** PER LE SEDI INAIL DEL
MOLISE

(autodichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente nel Comune di _____ Provincia _____
in Via _____

1. Con studio professionale nel Comune di _____ CAP _____
in Via _____ tel. _____ fax _____
mail PEC _____

2. Con esercizio della professione (**dovrà essere prodotta documentazione probante**)
nello studio odontoiatrico di (*nome e cognome*) _____ sito nel
Comune di _____ CAP _____ in Via
_____ tel. _____ fax _____
mail PEC _____

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti

DICHIARA

– **di essere in possesso di:**

- di avere la Laurea in Medicina e Chirurgia (vecchio ordinamento universitario) oppure di essere in possesso di Laurea in Odontoiatria e protesi dentarie , conseguita presso l'Università _____ di _____
_____ in data _____
- di essere abilitato all'esercizio della professione di odontoiatra a decorrere dal _____.
- di essere iscrizione all'Albo degli Odontoiatri o dei Medici della Provincia di _____ con numero di iscrizione _____ dal _____

- comprovata e documentata esperienza di carattere sia professionale che formativo in medicina legale odontoiatrica.
- di essere professionalmente equiparato al possessore della Specializzazione in Odontoiatria/Chirurgia Maxillo-Facciale il Medico abilitato all'esercizio della professione che, esercitando in maniera esclusiva tale branca, risulta conseguentemente iscritto all'ALBO degli Odontoiatri, come previsto dalla L. 409 del 24 luglio 1985.
- essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- godere dei diritti civili e politici;
- l'assenza di procedimenti penali per quanto a conoscenza dell'interessato;

DICHIARA INOLTRE

- non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- 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;
- non essere mai stato destituito né dispensato da Pubbliche Amministrazioni;
- di non essere dipendente INAIL con rapporto d'impiego e di non avere incarichi da parte dell'Istituto con rapporto libero-professionale;
- l'insussistenza di incompatibilità/conflicti di interesse circa l'esecuzione dell'attività oggetto dell'incarico;
- di non ricoprire incarico presso Enti di patrocinio;
- di non essere proprietario, comproprietario, amministratore, direttore e gestore di case di cura convenzionate con l'INAIL, site nella regione Molise e che nelle stesse condizioni sono il coniuge, i parenti e gli affini del sottoscritto entro il terzo grado;
- di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale;
- di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ai sensi del D.Lgs. 196/2003;
- di aver visionato tutta la documentazione di procedura e di accettare integralmente e senza riserva le prescrizioni ed oneri in essa contenuti;
- di essere in regola con gli obblighi di contribuzione previdenziale/assicurativa dovuti ex legge. A tal fine il concorrente dovrà dichiarare barrando la casella interessata:
- di esser lavoratore autonomo / libero professionista;

di essere iscritto all'albo professionale per l'attività di _____

di non essere iscritto ad alcun albo professionale;

essere iscritto alla GESTIONE SEPARATA INPS numero _____ posizione _____

- di non occupare personale soggetto agli obblighi contributivi e assicurativi con INS e INAIL;
- di occupare personale soggetto agli obblighi contributivi e assicurativi con INS e INAIL;
- INPS matricola _____ Sede INPS competente _____
- INAIL codice cliente numero _____ Sede INAIL competente _____;
- altre situazioni _____ ;
- di avere la possibilità di accedere presso la sede INAIL per cui ha proposto domanda e, inoltre, se dipendente di Pubbliche Amministrazioni, dichiara: di essere autorizzato dalla propria Amministrazione di appartenenza allo svolgimento delle prestazioni di che trattasi.

AI FINI DELLA VALUTAZIONE DELLE DOMANDE, DICHIARA:

<p>1</p> <p>VALUTAZIONE ESPRIENZE FORMATIVE ATTINENTI LA PROFESSIONALITA' RICHIESTA</p> <p><u>MAX PUNTI 50</u></p>	<p>1.a. Master e corsi di specializzazione universitaria <u>attinenti l'ambito degli incarichi oggetto della presente selezione</u> (*)</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p> <p>e. _____</p> <p>f. _____</p> <p>g. _____</p> <p>h. _____</p>	<p>3 punti per ogni master o corso di specializzazione</p>
	<p>1.b. Altri corsi, seminari, convegni (di qualsiasi durata) <u>accreditati ECM</u> con rilascio di attestato di partecipazione come docente e di attestato di crediti acquisiti <u>attinenti l'ambito degli incarichi oggetto della presente selezione</u> (*)</p>	<p>1 punti per ogni master o corso di specializzazione</p>

	<p>a. _____ _____</p> <p>b. _____ _____</p> <p>c. _____ _____</p> <p>d. _____ _____</p> <p>e. _____ _____</p> <p>f. _____ _____</p> <p>g. _____ _____</p> <p>h. _____ _____</p>	
	<p>1.c. Altri corsi, seminari, convegni (di qualsiasi durata) <u>accreditati ECM</u> con rilascio di attestato di partecipazione come discente di attestato di crediti acquisiti <u>attinenti l'ambito degli incarichi oggetto della presente selezione</u> (*)</p> <p>a. _____ _____</p> <p>b. _____ _____</p> <p>c. _____ _____</p> <p>d. _____ _____</p> <p>e. _____ _____</p> <p>f. _____ _____</p> <p>g. _____ _____</p> <p>h. _____ _____</p>	<p>0,50 punti per ogni seminario e/o convegno</p>

	<p>1.d. Pubblicazioni scientifiche e/o relazioni congressuali nelle seguenti materie: odontoiatria, medicina legale odontoiatrica, chirurgia maxillo-facciale (*).</p> <p>a. _____ _____</p> <p>b. _____ _____</p> <p>c. _____ _____</p> <p>d. _____ _____</p> <p>e. _____ _____</p> <p>f. _____ _____</p> <p>g. _____ _____</p> <p>h. _____ _____</p>	<p>0,25 punti per ogni pubblicazione</p>
--	--	---

(*) Con obbligo di certificazione dei titoli ottenuti e di attestazione delle partecipazioni da parte dei vincitori della selezione.

<p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">VALUTAZIONE ESPERIENZE PROFESSIONALI MATURATE NEL SETTORE DELLA MEDICINA LEGALE ODONTOIATRICA</p> <p style="text-align: center;"><u>MAX PUNTI 50</u></p>	<p>2.a. Esperienze maturate nel settore della medicina legale odontoiatrica. (**)</p> <p>Devono essere chiaramente indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'Ente/Società presso la quale si è svolto l'incarico - La tipologia dell'incarico - La data iniziale e finale dell'incarico. <p>a. _____ _____</p> <p>b. _____ _____</p> <p>c. _____ _____</p> <p>d. _____ _____</p> <p>e. _____ _____</p> <p>f. _____ _____</p>	<p>8 punti per ogni anno o frazione pari o superiore a sei mesi di collaborazione per incarichi svolti per INAIL (fino ad un massimo di 30 punti);</p> <p>4 punti per ogni anno o frazione pari o superiore a sei mesi di collaborazione per incarichi svolti per altre Pubbliche Amministrazioni o Strutture Ospedaliere o Società Assicuratrici (fino ad un massimo di 15);</p>
---	--	---

