

PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO  
DI N. 3 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;

#### DICHIRA 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><b>1</b></p> <p><b>VALUTAZIONE ESPRIENZE FORMATIVE ATTINENTI LA PROFESSIONALITA' RICHIESTA</b></p> <p><b><u>MAX PUNTI 50</u></b></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><b>3</b> 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 <b>docente</b> e di attestato di crediti acquisiti <u>attinenti l'ambito degli incarichi oggetto della presente selezione</u> (*)</p>	<p><b>1</b> 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 <b>discente</b> 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><b>0,50</b> 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><b>0,25</b> 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;"><b>2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>VALUTAZIONE          ESPERIENZE          PROFESSIONALI          MATURATE NEL          SETTORE DELLA          MEDICINA LEGALE          ODONTOIATRICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b><u>MAX PUNTI 50</u></b></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"> <li>- L'Ente/Società presso la quale si è svolto l'incarico</li> <li>- La tipologia dell'incarico</li> <li>- La data iniziale e finale dell'incarico.</li> </ul> <p>a. _____          _____</p> <p>b. _____          _____</p> <p>c. _____          _____</p> <p>d. _____          _____</p> <p>e. _____          _____</p> <p>f. _____          _____</p>	<p><b>8</b> punti per <b>ogni anno</b> o frazione pari o superiore a <b>sei mesi</b> di collaborazione per incarichi svolti per <b>INAIL</b> (fino ad un massimo di <b>30 punti</b>);</p> <p><b>4</b> punti per <b>ogni anno</b> o frazione pari o superiore a <b>sei mesi</b> di collaborazione per incarichi svolti per altre <b>Pubbliche Amministrazioni o Strutture Ospedaliere o Società Assicuratrici</b> (fino ad un massimo di <b>15</b>);</p>
---	--	---

