

ALLEGATO A

## MODULO DI DOMANDA E AUTOCERTIFICAZIONE

Alla Direzione della Casa Circondariale di Palmi  
Via Rossella Casini, snc – 89015 Palmi RC  
PEC: cc.palmi@giustiziacert.it

**Oggetto:** Domanda di partecipazione all'avviso di manifestazione di interesse per il conferimento di un incarico professionale a un Medico Certificatore abilitato INPS (D.Lgs. n. 62/2024).

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

- **Cognome e Nome:** \_\_\_\_\_
- **Luogo e data di nascita:** \_\_\_\_\_
- **Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_
- **Residenza:** \_\_\_\_\_
- **Domicilio professionale:** \_\_\_\_\_
- **Telefono / Cellulare:** \_\_\_\_\_
- **Indirizzo MAIL/PEC:** \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di manifestazione di interesse in oggetto per il conferimento dell'incarico di Medico Certificatore INPS presso la Casa Circondariale di Palmi.

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

1. **Cittadinanza:** di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato membro dell'Unione Europea;
2. **Diritti civili:** di godere dei diritti civili e politici;

3. **Titolo di studio:** di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita in data \_\_\_\_\_ l'Università di \_\_\_\_\_;
4. **Iscrizione all'Ordine:** di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
5. **Abilitazione INPS:** di possedere regolare e attiva profilazione/abilitazione rilasciata dall'INPS in qualità di "**Medico Certificatore**", con credenziali digitali idonee all'accesso e all'utilizzo indipendente della piattaforma telematica dell'Istituto;
6. **Aggiornamento normativo:** di essere a conoscenza delle nuove procedure di trasmissione semplificata introdotte dal D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62 (Riforma della Disabilità) e dai successivi messaggi/circolari operative INPS;
7. **Precedenti penali:** di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso che impediscano la costituzione di rapporti contrattuali con la Pubblica Amministrazione;
8. **Conflitto di interessi:** di non trovarsi in situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi, anche potenziale, con l'Amministrazione Penitenziaria;
9. **Accettazione condizioni:** di accettare senza riserva alcuna tutte le condizioni e le modalità di espletamento dell'incarico previste dall'Avviso di manifestazione di interesse;

**10. Condizioni economiche:**

di richiedere per ogni singolo certificato telematico inviato la tariffa professionale di € \_\_\_\_\_ lordi.

**SI IMPEGNA A:**

- Garantire la propria disponibilità ad accedere all'interno dell'Istituto Penitenziario nei giorni e negli orari concordati con la Direzione.
- Rilasciare alla Direzione l'attestato telematico di avvenuta trasmissione INPS recante il codice univoco della pratica per ciascun detenuto visitato.

Logo e Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma digitale o firma autografa su documento scansionato)

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), esclusivamente per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Logo e Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Firma digitale o firma autografa su documento scansionato)*

Si Allega Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità