

Il sottoscritto dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
nat. a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Dichiaro**

di essere disponibile a far parte della CML INPS in rappresentanza della A.N.M.I.C (Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili).

**Dichiaro**

di essere a conoscenza che la ANMIC ha per legge la tutela e la rappresentanza dei disabili, associati e non, è presente con propri rappresentanti nelle Commissioni INPS e che gli stessi vengono nominati su designazione dell'Associazione e possono essere dalla stessa revocati.

Dichiaro altresì di **NON TROVARMİ** nelle seguenti situazioni che determinano incompatibilità all'incarico:

- esercitare l'attività di medico di medicina generale o di medico pediatra convenzionato con il SSN presso il territorio di competenza della UOC/UOS del territorio;
- esercitare un incarico analogo presso Commissioni mediche in ambito previdenziale e/o assistenziale indipendentemente dall'ambito territoriale;
- eseguire consulenze tecniche di parte, sia con riferimento ad incarichi in corso di espletamento all'atto della sottoscrizione del contratto che con riferimento ad incarichi da conferirsi, per conto e nell'interesse di privati, attinenti all'attività dell'INPS ovvero consulenze tecniche d'ufficio nei procedimenti giudiziari nei quali l'INPS figura quale legittimato passivo;
- effettuare visite mediche di controllo, ambulatoriali e/o domiciliari, a lavoratori assenti per malattia assicurati presso l'INPS;
- svolgere o presentare la propria candidatura per incarichi politici o amministrativi presso organi od istituzioni territoriali e/o nazionali, cariche pubbliche elettive, incarichi governativi, mandato parlamentare;
- essere stati destinatari di condanne penali con sentenza passata in giudicato o di sanzioni disciplinari;
- avere procedimenti penali in corso.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ 20

Firma

\_\_\_\_\_