

**ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE  
DIREZIONE PROVINCIALE DI FROSINONE**

**Bando per la reintegrazione delle liste dei medici dell'INPS di Frosinone per gli ambiti territoriali della Sede di Frosinone , Agenzia complessa di Cassino , Agenzia di Anagni ed Agenzia di Sora.**

**ART.1**

La commissione Provinciale mista INPS - Ordine dei medici, costituita ai sensi dei DD.MM. 17/7/86, 18/4/96, 12/10/2000, 28/5/2001 e 8/5/2008, ha deliberato la reintegrazione delle liste speciali dei medici degli ambiti territoriali relativi alla Sede di Frosinone , Agenzia complessa di Cassino, Agenzia di Anagni ed Agenzia di Sora, di cui all'art.1 del decreto ministeriale 15 luglio 1986 nella misura di 6 unità.

Gli ambiti territoriali per i quali sussiste la carenza sono rispettivamente:

- Direzione provinciale di Frosinone (n. 1 posto)
- Agenzia complessa di Cassino (n. 3 posti)
- Agenzia di Anagni (n. 1 posto)
- Agenzia di Sora (n. 1 posto)

I medici dovranno svolgere le visite domiciliari di controllo disposte dall'INPS nei confronti degli assicurati residenti nel bacino di competenza del territorio di Frosinone e Cassino.

La misura del compenso per le attività svolte è quella stabilita dalle norme vigenti, in atto dal decreto ministeriale 8 maggio 2008.

Per tali medici, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 del decreto 18 aprile 1996, è confermata la natura di attività libero professionale del rapporto di collaborazione fiduciaria che s'instaura con l'Istituto e la piena autonomia professionale che esclude qualsiasi vincolo gerarchico con l'INPS.

**ART.2**

Le domande dovranno essere redatte esclusivamente utilizzando il modello allegato e dovranno essere presentate entro e non oltre le ore **12, 00** del giorno **13/aprile/2012** , direttamente o a mezzo lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo:

INPS Direzione provinciale Frosinone – Segreteria Direzione – piazza Gramsci 4 - 03100 – Frosinone,

o a mezzo posta elettronica certificata:  
([direzione.provinciale.frosinone@postacert.inps.gov.it](mailto:direzione.provinciale.frosinone@postacert.inps.gov.it)).

Sulla busta della raccomandata dovrà essere apposta la dicitura : "Rif. Bando Medici di controllo"

Al fine del rispetto dei termini di presentazione della domanda farà fede la data del timbro di invio della raccomandata.

**ART.3**

L' INPS procederà all'attribuzione degli incarichi previa formazione di una graduatoria per ciascun comprensorio, predisposta sulla base di un punteggio, che verrà assegnato attraverso l'applicazione dei sotto indicati criteri :

- a) voto di laurea: da 96 a 100 punti 1, da 101 a 105 punti 2, da 106 a 110 punti 3, 110 e lode: punti 4;
- b) specializzazione in Medicina legale, in Medicina legale e delle assicurazioni, in Medicina legale ed infortunistica (è valutata una sola specializzazione) punti 2;
- c) specializzazione in Medicina del lavoro (in alternativa alla specializzazione di cui al punto b): punti 1;
- d) per ogni altra specializzazione , oltre a quella considerata al punto b) o c) : punti 0,5;
- e) per ogni mese o frazione superiore ai 15 giorni, di positiva collaborazione prestata all'Istituto nazionale della previdenza sociale in qualità di medico addetto ai controlli di cui al presente decreto, valutata, sulla base di apposito curriculum, dal dirigente preposto alla struttura interessata, sentita la commissione di cui all'art. 12 (fino ad un massimo di 12 mesi):punti 0,2;
- f) per ogni mese, o frazione superiore ai 15 giorni, di anzianità di laurea (fino ad un massimo di 12 mesi): punti 0,2.

Il conferimento dell'incarico sarà effettuato attraverso raccomandata, con ricevuta di ritorno, in duplice copia, di cui una dovrà essere restituita con la dichiarazione di accettazione.

In caso di parità di punteggio si terrà conto dell'anzianità di laurea e, nel caso di ulteriore parità, dell'età, privilegiando il più anziano.

#### **ART. 4**

Ai sensi di quanto disposto dall'art.5 del d.m. 12.10.2000 non sarà conferibile l'incarico al medico che:

- a) non garantisca la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo almeno in una delle fasce di reperibilità previste dalle disposizioni in vigore; la disponibilità di controllo per una sola delle suddette fasce di reperibilità, stabilita dall'Istituto secondo le esigenze di servizio, comporta l'assegnazione delle visite da eseguire entro un massimo di dodici visite di controllo settimanali;
- b) si trovi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;
- c) svolga perizie o consulenze medico-legali, per conto e nell'interesse di privati, che comunque abbiano attinenza con le materie di competenza INPS o di altri enti previdenziali;
- d) sia stato esonerato da analogo incarico precedentemente ricoperto in INPS.

#### **ART. 5**

A seguito dell'espletamento delle procedure previste dal presente bando, i medici incaricati dovranno essere iscritti negli albi professionali dei medici della provincia di Frosinone, e se non ancora iscritti dovranno provvedere a tale iscrizione entro e non oltre il termine di 90 giorni dalla ricezione della lettera d'incarico. Nelle more della iscrizione al predetto albo l'incarico rimane sospeso.

#### **ART. 6**

Per quanto non espressamente indicato nel presente bando si rimanda ai DD.MM. 17/7/86, 18/4/96, 12/10/2000, 28/5/2001 e 8/5/2008.

#### **ART. 7**

Ai sensi del D.lgs n.196 del 30.06.2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) i dati richiesti dal presente bando e dalla modulistica allegata saranno

utilizzati esclusivamente per le finalità e nei modi previsti dal bando stesso e saranno oggetto di trattamento svolto nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata.

Il responsabile del procedimento è il dott. Roberto Della Rosa , tel. 0775/214245.

Il Direttore Provinciale  
Luca Loschiavo

**RACCOMANDATA**

Allegato

**ALL'ISTITUTO NAZIONALE  
DELLA PREVIDENZA SOCIALE**

SEDE di \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Domanda di iscrizione nelle liste speciali dei medici di controllo.

Il/la sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

- iscritto/a all'Ordine dei Medici, con il n. \_\_\_\_\_  
*(se non ancora iscritto/a esibire la documentazione di iscrizione entro un massimo di 90 giorni a partire dal ricevimento della lettera di incarico -v. punto 6).*
- iscritto/a all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto/a nelle liste previste dall'art. 1 del Decreto Ministeriale 15.7.1986, integrato e modificato dal D.M. 18.4.1996 e dal D.M. 12.10.2000, nell'ambito territoriale di codesta Direzione Provinciale di Frosinone / Agenzia complessa di Cassino / Agenzia di Anagni / Agenzia di Sora.

(1),

*(Vale solo per carenze già pubblicizzate alla data della domanda; indicare la lista o le liste prescelte)*

- garantendo la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo in entrambe le fasce di reperibilità previste dalle disposizioni in vigore, eseguendole comunque in quella indicata di volta in volta dall'Istituto;
- garantendo la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo in una sola delle fasce di reperibilità previste dalle disposizioni in vigore, come stabilita dall'Istituto secondo le esigenze di servizio, (possibilmente quella  antimeridiana  pomeridiana), e prendendo atto che la disponibilità di controllo per una sola fascia comporta l'assegnazione delle visite da eseguire entro un massimo di 12 settimanali;

**DICHIARA**

- 1) di aver conseguito il diploma di laurea in medicina presso l'Università di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_;
- 2) di aver conseguito le seguenti specializzazioni in: \_\_\_\_\_;
- 3) di essere stato iscritto/a in precedenza nelle predette liste della Sede INPS di \_\_\_\_\_ con effetto dal \_\_\_\_\_;
- 4) di essere a conoscenza che, ai sensi del predetto D.M. 12.10.2000, costituisce motivo di incompatibilità con la funzione di medico di controllo delle liste speciali:
  - a) non garantire la propria disponibilità ad eseguire visite di controllo almeno in una delle fasce di reperibilità previste dalle disposizioni in vigore;
  - b) trovarsi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge, regolamentari o di contratto di lavoro;
  - c) svolgere perizie o consulenze medico-legali, per conto e nell'interesse di privati, che comunque abbiano attinenza con le materie di competenza dell'INPS o di altri Enti previdenziali;
- 5) di essere a conoscenza che, in caso di iscrizione nelle liste, le eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare entro il termine di 15 gg. entro il termine, cioè, stabilito per la restituzione della copia della lettera di incarico sottoscritta per accettazione (art.2 D.M. 12.10.2000).
- 6) di essere a conoscenza che, se non ancora iscritto negli albi professionali della provincia cui è riferita la lista, l'eventuale incarico è sospeso fino a un massimo di 90 giorni a partire dal ricevimento della lettera di incarico da parte dell'INPS, trascorsi i quali l'incarico non viene conferito (art.2 D.M. 12.10.2000).
- 7) di svolgere la seguente attività libero professionale: \_\_\_\_\_?
- 8) di percepire trattamento pensionistico di (vecchiaia, anzianità, invalidità, ecc.) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, erogato da \_\_\_\_\_ (cancellare se il caso non ricorre).

Il/la sottoscritto/a dichiara, consapevole delle responsabilità che si assume, ai sensi della Legge 4.1.1968, n. 15, che tutte le notizie fornite sono complete e conformi a verità.

In caso di utile inserimento nelle liste di cui si tratta, si impegna a presentare, entro il termine perentorio 15 giorni dal ricevimento della lettera di incarico, la certificazione rilasciata, in carta semplice, dall'Ordine dei medici, attestante l'iscrizione all'Ordine medesimo, il possesso del diploma di laurea con la relativa data e votazione, l'abilitazione all'esercizio della professione nonché le specializzazioni conseguite. Solo nel caso di cui al punto 6) (medico non ancora iscritto all'Ordine provinciale) la certificazione dell'Ordine dei medici può essere presentata entro 90 giorni.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento, nei limiti delle disposizioni vigenti, dei dati necessari all'istruzione e alla gestione della domanda che lo/la riguarda.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

N.B. **Barrare le caselle che interessano**

(1) In caso di pluralità di scelte gli incarichi saranno conferiti lista dopo lista seguendo l'ordine numerico INPS attribuito alla struttura.

L'accettazione di un incarico comporta la cancellazione da eventuale altra lista e l'automatica rinuncia a domande in precedenza avanzate per l'inserimento in altre liste (art. 2 D.M. 12.10.2000).