

**MODELLO DI DOMANDA ALBO AZIENDALE ASPIRANTI ALL'INCARICO DI COMPONENTE DELLE COMMISSIONI MEDICHE PREPOSTE AGLI ACCERTAMENTI DELL'INVALIDITA' CIVILE( L. 295/90), CIECO CIVILE 382/70), SORDOMUTO (381/70) PORTATORE DI HANDICAP (L. 104/92 e s.m.ei.) E DISABILE AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO (L.68/99)**

**Al Direttore Generale  
Azienda Sanitaria di Nuoro  
Via Demurtas,1  
08100 NUORO**

\_\_I\_ sottoscritt\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residenza e/o domicilio \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ recapiti telefonici: tel. abitazione \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ tel.ufficio \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

**Chiede di essere inserito nell'Albo Aziendale della ASL quale:**

**Presidente**

**Componente**

*Per le Commissioni Mediche Integrate Asl/Inps ai fini dell'accertamento invalidità civile, handicap, disabilità e Patenti Speciali:*

**a tal fine dichiara**

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, e consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000:

- di prestare servizio presso \_\_\_\_\_ quale \_\_\_\_\_  
con rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ (dipendente a tempo indeterminato o  
specialista ambulatoriale);
- di essere in possesso della Laurea \_\_\_\_\_  
conseguita in data \_\_\_\_\_
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
  - 1) \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_

- di essere iscritto all'Ordine \_\_\_\_\_
- di non trovarsi in una delle condizioni di incompatibilità previste dalla legge;
- di aver già svolto attività presso Commissioni o Collegi medici per la valutazione di stati di inabilità e/o invalidità  **Si**  **NO**

**Solo in caso affermativo indicare:**

Commissione \_\_\_\_\_ in  
qualità di Presidente/ Componente (sbarrare la propria situazione) periodo:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

Commissione \_\_\_\_\_ in  
qualità di Presidente/ Componente (sbarrare la propria situazione) periodo:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

Commissione \_\_\_\_\_ in  
qualità di Presidente/ Componente (sbarrare la propria situazione) periodo:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

- di non avere/avere incarichi presso Enti e/o Associazioni di Categorie per la tutela degli stati di invalidità se **Si**,  
quali: \_\_\_\_\_

Si allega sintetico curriculum professionale, datato e firmato, che evidenzi l'esperienza scientifico-professionale posseduta ed i titoli scientifici e professionali.

**N.B.** L'incarico di membro di commissione Medico-Legale ASL è incompatibile con l'incarico di membro di una commissione Medico-Legale INPS ovvero con l'incarico di lavoro dipendente di un'altra Amministrazione.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

(Allegare fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità firmato e datato)