

INPS



Direzione regionale Liguria

Avviso di selezione pubblica per il reperimento a livello regionale di operatori sociali/esperti ratione materiae, cui conferire incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo per lo svolgimento di prestazioni libero professionali finalizzate all'espletamento delle attività medico legali dell'INPS nelle sedi oggetto della sperimentazione ex art. 33 del D.lgs. n. 62/2024 pubblicato dalla Direzione regionale Liguria.

Io sottoscritto _____ nato a _____ provincia di _____ il ___/___/___
C.F. _____

Chiedo

di partecipare alla selezione pubblica, per il reperimento a livello regionale di operatori sociali/esperti ratione materiae, cui conferire incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo per lo svolgimento di prestazioni libero professionali finalizzate all'espletamento delle attività medico legali dell'INPS nelle sedi oggetto della sperimentazione ex art. 33 del D.lgs. n. 62/2024.

A tal fine dichiaro:

- di essere residente nella città di _____ provincia di _____ Via _____
CAP _____

- di essere in possesso del seguente documento d'identità:

tipo documento _____ numero _____

INPS - Istituto Nazionale Previdenza Sociale
Direzione Regionale Liguria
Piazza Borgo Pila, 40

Mail: Direzione.liguria@inps.it
Pec: direzione.regionale.liguria@postacert.inps.gov.it
COD. FISC.: 80078750587 P.IVA: 02121151001

- di essere reperibile ai seguenti recapiti:

Provincia: _____

Comune: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____

Telefono 1: _____

Telefono 2: _____

Posta elettronica certificata del candidato: _____

E-mail _____

Indirizzi PEC e di posta elettronica confermati dal candidato come validi e attivi

- di impegnarmi a comunicare – a mezzo PEC all'indirizzo direzione.regionale.liguria@postacert.inps.gov.it – successive eventuali variazioni di indirizzo di posta elettronica certificata

- di essere in possesso di tutti i requisiti previsti per l'ammissione alla procedura di selezione, di essere a conoscenza di tutte le disposizioni contenute nell'avviso di selezione e di accettarle senza riserva alcuna

- di richiedere di prestare la propria attività professionale nelle seguenti strutture in ordine di preferenza:

- di essere iscritto/a all'Albo professionale degli (Assistenti Sociali / Psicologi) _____

- Regione Iscrizione: _____

- Data Iscrizione: _____

- Numero Iscrizione: _____

- Pec o indirizzo e-mail di contatto: _____

Che alla data dell'eventuale sottoscrizione del contratto sarò titolare di partita iva;

A. TITOLI DI STUDIO: LAUREE, SPECIALIZZAZIONI, DOTTORATI ED ALTRI TITOLI RILASCIATI DA UNIVERSITA'

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Titolo			
Denominazione			
Data Conseguimento		Voto espresso in 110mi	
Università			
Città			
Indirizzo			
Pec o indirizzo e-mail di contatto			

B. Di non trovarmi in situazioni di incompatibilità/inconferibilità dell'incarico di cui all' art. 2 dell'Avviso di selezione

C. TITOLI DI SERVIZIO in attività assistenziali presso la Pubblica Amministrazione

- di aver svolto le seguenti attività lavorative nella PA attinenti la materia assistenziale

Tipo attività	
Funzione Ricoperta	
Periodo Temporale	
Amministrazione	
Città	
Indirizzo	

Tipo attività	
Funzione Ricoperta	
Periodo Temporale	
Amministrazione	
Città	
Indirizzo	

D. TITOLI SCIENTIFICI E PROFESSIONALI Con riferimento all'art. 6 punto C dell'Avviso.

- di aver redatto in qualità di autore o coautore in le seguenti Pubblicazioni Scientifiche

Tipo Pubblicazione	
Titolo della Pubblicazione	
Pubblicata in data	
Descrizione	

-di essere in possesso dei seguenti titoli scientifici ed accademici non inseriti al punto A-titoli di studio

Titolo	
Denominazione	
Conseguito presso	
Data Conseguimento	
Pec o Posta non certificata	
Voto espresso in 110mi	

-di aver svolto i seguenti incarichi professionali non indicati al punto C-titoli di servizio :

Descrizione Incarico	
Ente conferente	
Periodo	
Pec o Posta non certificata	

-di aver svolto le seguenti esperienze lavorative non indicate al punto C-titoli di servizio :

Descrizione Esperienza Lavorativa	
Ente conferente	
Periodo	
Pec o Posta non certificata	

- di essere in possesso del seguente livello di conoscenza ed eventuali certificazioni delle lingue straniere:

Lingua	
Livello	
Certificazione	
Lingua	
Livello	
Certificazione	

Dichiara inoltre di esprimere la seguente preferenza, per l'unità organizzativa medico legale indicata nella tabella di seguito riportata:

DIREZIONE PROVINCIALE DI	I° PREFERENZA	II°	III°
GENOVA			
AGENZIA SESTRI LEVANTE			
SAVONA			
LA SPEZIA			

Io sottoscritto dichiaro di acconsentire al trattamento dei dati personali inseriti nella presente domanda, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e del Regolamento UE n. 2016/679 e successivi provvedimenti attuativi.

Tutte le dichiarazioni sono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Allego la seguente documentazione:

- Curriculum vitae in formato europeo
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità

Firma