

Il/ La sottoscritto/a

Cognome e Nome _____
Data e luogo di nascita _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo di residenza via _____ Città _____ CAP _____
Telefono fisso _____ cell. _____
E-mail _____ pec _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione finalizzata all'affidamento dell'incarico di durata annuale di Medico competente presso l'Istituto Comprensivo Su Planu

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge (artt. 46 e 76 del DPR n. 445/2000) per false attestazioni e dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- di essere cittadino _____;
- di non essere sottoposto a misure o a provvedimenti di cui alla L. 55/1990 (antimafia)
- di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico di cui all'art. 1 del D.L. n. 508/1996 e dell'art. 53 del D.L. n.29/1993 nonché delle altre leggi vigenti in materia;
- di godere dei diritti politici;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non avere procedimenti penali pendenti;
- di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di non essere stato interdetto dai Pubblici Uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;
- di non essere stato interdetto, per legge o per provvedimento disciplinare, dall'esercizio della libera professione.

Con riferimento ai requisiti di accesso previsti dall'avviso,

DICHIARA

- di essere in possesso della laurea in *Medicina e chirurgia* (conseguita il _____, presso _____);
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici (_____) e all'elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (_____);
- di essere in possesso dei seguenti requisiti previsti dall'art. 38 del D.lgs. 81/2008 (*almeno uno è obbligatorio*):
 - specializzazione in *Medicina del lavoro* o in *Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica*, (sono considerate equipollenti docenze universitarie in *Tossicologia e igiene industriale*, come anche in *Fisiologia e igiene del lavoro*, o in *Clinica del lavoro*);
 - specializzazione in *Igiene e medicina preventiva* o in *Medicina legale*;
 - autorizzazione di cui all'art. 55 del D. Lgs. 277 del 15 agosto 1991.

Il/la sottoscritto/a, DICHIARA di essere informato/a sulle disposizioni contenute nel D.lgs. 101/2018 e acconsente al trattamento, anche con strumenti informatici, dei dati personali, compresi quelli sensibili, funzionali agli scopi ed alle finalità per le quali il trattamento è effettuato.

Il/la sottoscritto/a, DICHIARA la propria disponibilità ad assumere l'impegno di Medico competente e di ogni tipologia di servizio richiesto ed afferente all'incarico.

Data, _____

Firma

ALLEGATI

- Curriculum vitae
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità