ALLEGATO 1 - AUTOCERTIFICAZIONE

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo “Nardi”

Porto San Giorgio

Il/La sottoscritto/a ………………………nato/a ……………………………. II …………………… e residente in …………………………………………………………..Via …………………………………………..

In qualità di libero professionista, codice fiscale………………………………. e numero di partita iva…………….…………

consapevole delle sanzioni cui penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. .76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALL’AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DELL’INCARICO

BIENNALE DI MEDICO COMPETENTE

A tal fine dichiara:

* di possedere il diploma di laurea in medicina con abilitazione all’espletamento del D.Lgs n. 81/2008 di medico competente come da documento allegato
* di aver svolto analogo servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni:

---------------------------------------------------------------------

---------------------------------------------------------------------

---------------------------------------------------------------------

---------------------------------------------------------------------

---------------------------------------------------------------------

---------------------------------------------------------------------

* di accettare le condizioni descritte nel bando e gli eventuali controlli che gli organi competenti riterranno opportuno effettuare
* di aver preso visioni delle modalità di valutazione;

- di concordare con l’Istituzione Scolastica tempi e modalità del servizio;

- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei Lavoratori

Luogo, Porto San Giorgio

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del legale Rappresentante