**ALLEGATO 1 – AUTOCERTIFICAZIONE**

Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto Comprensivo

“Rodari Marconi” P.S. Elpidio

Il/La sottoscriotto/a…………………………………………………nato/a …………………………

Il…………………………………... e residente in……………………………Via…………………….

legale rappresentate della ditta…………………………………………………………….codice fiscale

e numero di partita iva…………………………………….

consapevole delle sanzioni 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 (medicina del lavoro) conseguito il ………………………presso………………………..

- 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 visione 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;

- di essere iscritto alla Camera di Commercio di ……………………………….con il n………………..

Luogo…..............................data…………

Firma del legale rappresentante

…………….. ………………