# DOMANDA DI PARTECIPAZIONE INCARICO DI MEDICO COMPETENTE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

## (art. 46-47 DPR 445/2000)

## INCARICO MEDICO COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA

**All’ISTITUTO COMPRENSIVO di TRASAGHIS(UD)**

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………

nato/a a …………………………………… il …………………. residente a …………………………….. via

………………………………………………n° ……... tel. …………………… fax …………………… cell…………………… mail …………………..……………….. codice fiscale …………………………… in qualità di:

* estraneo all’amministrazione in quanto (specificare) ……………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

* dipendente di altra pubblica amministrazione presso ………………………………………………..

…………………………………..…………………………………………………………………………

* lavoratore autonomo con partita iva n° ………………………………………………..

 altro ……………………………………...…………………………………………………………………

## DICHIARA

* di essere disponibile ad assumere l’incarico di cui al bando prot. n. ………….. del ……………...
* di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di ……………………………e di godere dei diritti politici/ o di non godere dei diritti politici per il seguente motivo ;
* di essere (per i cittadini appartenenti ad uno Stato dell’Unione Europea) cittadino/a dello Stato di

e di godere dei diritti politici nello Stato di appartenenza/ o di non godere dei diritti politici per il seguente motivo ;

* di essere in possesso (per i cittadini stranieri) della seguente cittadinanza : ;
* di essere in possesso (per i cittadini stranieri) del permesso di soggiorno;
* di godere (per i cittadini stranieri) dei diritti politici nello stato di appartenenza / o non godere dei diritti po- litici per il seguente motivo: ;
* di essere in possesso del numero di Codice Fiscale: ……………………………………….
* di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel ca- sellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
* di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
* di essere iscritto all’albo dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute
* di essere in possesso del seguente titolo di studio:

…………………………….……………………………………………………………………………….. rilasciato da: ……………………………………………..……………………………………………….. di

………………………………………………….………………….. con votazione …………………;

* di essere in possesso dei seguenti titoli culturali, specializzazioni e ogni altra competenza certificata utile agli effetti dell’ incarico oggetto di selezione:

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

* di aver maturato le seguenti esperienze lavorative inerenti l’attività da condurre:

1. Esperienze di medico competente in Istituti scolastici

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

1. Esperienze di medico competente in altri Enti pubblici

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

**PRESENTA LA SEGUENTE OFFERTA ECONOMICA:**

**comprensive dei aliquote iva e/o altri oneri e spese**

1. ***SOPRALLUOGO DELL’AMBIENTE DI LAVORO E/O PARTECIPAZIONE RIUNIONE ANNUALE CONSULENZE VARIE***

Euro ……… ……………..………. (in cifre e in lettere) ORARIE

1. ***VISITE MEDICHE PERIODICHE E ACCERTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI IN BASE AL RISCHIO SPECIFICO***

Euro ……… ………..………. (in cifre e in lettere ) per ogni visita

Dichiara inoltre di aver preso visione Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati.

Si allega fotocopia DOCUMENTO D’IDENTITÀ in corso di validità

**DATA** …………………………………….

**FIRMA** ………………………………………………….

(firma chiara e leggibile)

***AVVERTENZE***:

Ai sensi dell’art. 76 DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l‘uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi in materia. Ai sensi dell’ art. 75 DPR n. 445/2000, se a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.