

Dichiarazione inerente la partecipazione alla procedura comparativa per il conferimento di incarico di MEDICO COMPETENTE E PRESTAZIONI IN MATERIA DI MEDICINA DEL LAVORO ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008

II/La Sottoscritto/a

Nome Cognome
nato/a il nato/a a.....
Cod. fiscale..... Partita IVA
Comune (recapito al quale vanno inviate le comunicazioni) CAP
Frazione/Via n. tel.
e-mail

DICHIARA

Che intende partecipare alla selezione per l'attribuzione dell'incarico di MEDICO COMPETENTE E PRESTAZIONI IN MATERIA DI MEDICINA DEL LAVORO ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R.:

DICHIARA

- di essere cittadino italiano o di uno stato membro dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti politici e civili ;
- di essere in possesso dei titoli di studio e professionali richiesti dal presente avviso;
- di essere iscritto nell'elenco dei medici competenti di cui all'art. 38, comma 4, del D.lgs. 81/2008;
- Il possesso di capacità tecnico professionali adeguata ai fini di una regolare esecuzione dell'attività in oggetto;
- l'insussistenza di errori o inadempienze gravi nell'ambito della propria attività, per effetto dei quali ne sia conseguita l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;
- l'insussistenza di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività in oggetto;
- l'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere in corso procedimenti di tale natura;
- di non aver subito, da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni, compreso il corrente;
- di garantire la reperibilità durante la prestazione da svolgere;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali;
- di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari;
- di aver visionato tutta la documentazione della presente procedura e di accettarne integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri, in essa contenuti;
- di rispettare la riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscere in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del D.lgs. 196/2003, si impegna altresì a non divulgare dette informazioni, anche a fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso.

data

firma

.....

.....

N.B. La firma in calce alla dichiarazione dovrà essere accompagnata da fotocopia di valido documento di identità del dichiarante

**Dichiarazione inerente la partecipazione alla procedura comparativa
per il conferimento di incarico di MEDICO COMPETENTE E PRESTAZIONI IN MATERIA
DI MEDICINA DEL LAVORO ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI / NOTORIETA'
Rilasciata ai sensi degli artt. 38 – comma 3 – 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000

..I.. sottoscritt..

Nome	Cognome (.....	
nato/a il	a.....(Prov.)	
Residente in	Prov.	
Frazione/Via	n. tel. e-mail	
Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni civili e penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 cui incorrerebbe in caso di dichiarazioni false e mendaci,		
D I C H I A R A		
Di possedere i seguenti titoli:		
	Indicare Istituzioni Scolastiche	Riservato all'ufficio
esperienza maturata presso istituzioni scolastiche come medico competente (fino ad un max di 10 punti)	1 PUNTO per ogni annualità

A tal fine allega alla presente istanza dettagliato Curriculum Vitae in formato europeo e autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma _____
(firma per esteso e leggibile)

Ai fini della validità della presente dichiarazione, oltre alla sottoscrizione del candidato, è necessaria una fotocopia di un documento di identità.