

## Allegato 2

**Alla Dirigente Scolastica  
Istituto Comprensivo Senigallia Marchetti**

### Dichiarazione sostitutiva di Certificazione

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente ne comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via, numero civico \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

#### Dichiara

- a) avere la cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- b) di godere dei diritti civili e politici;
- c) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- d) di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- e) di essere in possesso del C.F./P.I. \_\_\_\_\_
- f) di essere in possesso di uno dei seguenti titoli o requisiti previsti dall'art. 38 del D.Lgs. n. 81/2008:

- specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
- autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;
- specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale;

Rilasciato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_

- g) di non essere dipendente di altre pubbliche amministrazioni ovvero di essere dipendente di altre amministrazioni pubbliche (precisare)

- 
- h) di aver esaminato le condizioni contenute nell'Avviso di selezione, di accettarle integralmente e incondizionatamente senza riserva alcuna;
- i) di aver prestato i seguenti incarichi in qualità di **medico competente** presso istituzioni scolastiche
- 1) incarico di durata.....presso  
..... dal  
..... al .....
  - 2) incarico di durata.....presso  
..... dal  
..... al .....
  - 3) incarico di durata.....presso  
..... dal  
..... al .....
  - 4) incarico di durata.....presso  
..... dal  
..... al .....
  - 5) incarico di durata.....presso  
..... dal  
..... al .....
  - 6) incarico di durata.....presso  
..... dal  
..... al .....
- l) di essere in regola con gli adempimenti previsti per la fatturazione elettronica (solo per i lavoratori autonomi/liberi professionisti titolari di Partita Iva)

**L'indirizzo di posta elettronica cui far pervenire comunicazioni in relazione alla presente procedura è:**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

È consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del 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 e che se, a seguito di controllo, emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_