

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 – Avviso pubblico per l'affidamento annuale dell'incarico di medico competente per l'esercizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs. 81/2008 prot. n. 6452/VI del 06/05/2026.

Il Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____ prov. ____ Via _____

cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

Tel. _____ Cellulare _____

Codice fiscale _____, partita IVA _____

consapevole, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi o non più corrispondenti a verità,

DICHIARA

o di essere in possesso del seguente titolo di studio:

e delle seguenti specializzazioni:

o di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici di _____ al n. _____

o di esercitare la professione di Docente in Medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, tossicologia e igiene industriale come anche in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro (indicare materia) _____

presso _____

o di essere iscritto all'elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali con numero di iscrizione _____ a far data dal ____ / ____ / _____;

o di possedere apposita autorizzazione all'accettazione dell'impiego (barrare solo se interessa);

o di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

o di non essere stato interdetto dai Pubblici Uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

Firmato digitalmente da MONICA GRABIOLI

o di non essere stato inibito per Legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;

o di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 per gli adempimenti di legge, ivi compresi quelli derivanti dagli obblighi di pubblicità legale del presente Avviso;

o di astenersi nel modo più ampio dal richiedere indennizzi, rimborsi o compensi di sorta in merito ai costi sostenuti per la produzione della documentazione richiesta nella presente procedura.

o di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità, inconferibilità o conflitto di interessi con l'incarico di medico competente;

o di non aver riportato condanne penali o di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali relativi all'abuso e sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile, di cui agli artt. 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies, 609-undecies del codice penale;

o di accettare senza alcuna riserva tutte le clausole del presente Avviso di selezione.

Luogo e data _____

Firma _____