

ALLEGATO 1 - AUTOCERTIFICAZIONE

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Rodari Marconi"
Porto Sant' Elpidio

Il/La sottoscritto/anato/a II e residente
inVia

In qualità di libero professionista, codice fiscale..... e numero di partita
iva.....

consapevole delle sanzioni cui 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 di medico competente come da documento allegato
- 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

Luogo, Porto Sant'Elpidio

Data _____

Firma