

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CERTIFICAZIONI  
(art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

\_I\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ Il  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni  
penali nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- (*per cittadini non italiani*) di avere un'ottima conoscenza della lingua italiana, in relazione alle esigenze tecniche e relazionali inerenti l'incarico di Medico Competente e di essere residente in Italia;
- di essere in godimento dei diritti civili e politici;
- di non avere condanne penali e provvedimenti restrittivi per procedimenti penali in corso, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di possedere i seguenti titoli:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- di essere iscritto all'albo professionale di \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto alla Cassa previdenziale \_\_\_\_\_ numero di matricola \_\_\_\_\_;
- di possedere i seguenti requisiti formativo-professionali:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- di essere in regola con gli adempimenti contributivi e fiscali;
- di eleggere come domicilio ai fini delle comunicazioni della presente selezione in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma, per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 dichiaro altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa".

\_\_\_\_\_  
(firma, per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)