

**DOMANDA INDIVIDUALE DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA FINALIZZATA
ALL'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE.
AVVISO PROT. N. 5262 DEL 15/07/2019 – AA.SS. 2019/20-2020/21-2021/22**

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo N. 6 di Imola
IMOLA

Il/La sottoscritt_____, _____,
nato a _____ (____) il ____/____/_____,
codice fisc. _____ e domiciliato a _____
_____, (____), cap. _____ via _____
tel. _____ e.mail _____,
titolo di studio _____,
attività svolta _____,
ubicazione del recapito professionale _____,

CHIEDE

di partecipare alla procedura di selezione pubblica di cui all'avviso in oggetto e finalizzata all'affidamento dell'incarico di medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria, ex D. Lgs. n. 81/08, presso codesta Istituzione Scolastica.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci e/o contenenti dati non rispondenti a verità, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, il/la sottoscritt_____

DICHIARA

1. di essere cittadino italiano o cittadino del seguente paese dell'Unione Europea:
_____, con buona conoscenza della lingua italiana;
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
_____;
3. di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
4. di non essere sottoposto a procedimenti penali, oppure di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali _____;
5. più, in generale, di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione di cui all'art. 7 dell'avviso di selezione prot. n. 5262/C14 del 15/07/2019;
6. che, anche ai sensi e per gli effetti **dell'art. 20 del d.lgs. n. 39/2013**, non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'eventuale l'incarico di cui all'avviso in oggetto e, in particolare:
 - di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall'Amministrazione;
 - di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche.
7. di *(barrare le opzioni di interesse)*
 - ☐ non essere dipendente di altra Pubblica Amministrazione. A tal riguardo si dichiara che, richiamando la legge 335/95 art.2 comma 26, di essere **lavoratore autonomo/libero**

**DOMANDA INDIVIDUALE DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA FINALIZZATA
ALL'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE.
AVVISO PROT. N. 5262 DEL 15/07/2019 – AA.SS. 2019/20-2020/21-2021/22**

- professionista** in possesso di partita IVA n° _____ e di rilasciare regolare fattura.
- ☐ di essere dipendente della seguente Pubblica Amministrazione _____ e di impegnarsi a presentare apposita autorizzazione dall'ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico nell'ipotesi di superamento della selezione.
8. di essere in possesso di tutti i requisiti necessari per il conferimento dell'incarico di Medico Competente, ex art. 38 del D. Lgs. n. 81/2008 e, in particolare, del seguente titolo:
(*barrare l'opzione di interesse*)
- ☐ Specializzazione o docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori;
- ☐ Specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale;
- ☐ Autorizzazione di cui all'art. 55 del D. Lgs. n. 277/1991.
9. di essere iscritto nell'elenco dei medici competenti presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;
10. di accettare integralmente e senza eccezione alcuna tutte le condizioni riportate nell'avviso pubblico di selezione.

Il/La sottoscritt_____ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 e si impegna al trattamento dei dati riferiti al personale sottoposto a sorveglianza sanitaria, con particolare riguardo a quelli definiti "sensibili" di cui all'art. 9 del Regolamento U.E. 2016/679, per le finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione richiesta.

Si allega, alla presente, curriculum vitae debitamente datato e sottoscritto.

Data, ____/____/____

FIRMA DEL PROFESSIONISTA

*Allegare fotocopia di un documento
di riconoscimento in corso di validità*