



**ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA,
PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO CON INDIRIZZO MUSICALE**
"Marchese Lapo Niccolini"

P.zza Caduti di Cefalonia e Corfù, 1 – 56038 Ponsacco (Pisa)
Tel. 0587 739111 – fax 0587 739132 C.F. e P.I. 81002090504
www.icniccolini.edu.it - piic81900l@istruzione.it - piic81900l@pec.istruzione.it

ALLEGATO 1

Modello di Istanza di Partecipazione e Dichiarazione Sostitutiva (D.P.R. 445/2000)

Alla Dirigente Scolastica dell'I.C. "Marchese Lapo Niccolini"

PEC: piic81900l@pec.istruzione.it

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____, nato/a a _____
il ____/____/____, residente in _____ via _____
n. _____, C.F. _____, P.IVA _____,
pec _____, in relazione all'avviso pubblico per il
servizio di Medico Competente, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del
D.P.R. 445/2000,

Dichiara sotto la propria responsabilità:

1. Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso _____ in data ____/____/____;
2. Di essere iscritto all'Albo dei Medici della Provincia di _____ al n. _____;
3. Di possedere i requisiti professionali previsti dall'art. 38 del D.Lgs. 81/08 ed essere iscritto nell'Elenco Nazionale dei Medici Competenti con il numero _____ a far data dal ____/____/____;
4. Di essere in regola con l'obbligo di formazione continua (ECM) per la disciplina di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, come previsto dall'Art. 38, comma 4-bis, del D.Lgs. 81/08;
5. Di non trovarsi in alcuna condizione di esclusione o incompatibilità di cui agli articoli 94, 95 e 96 del D.Lgs. 36/2023 (Nuovo Codice dei Contratti Pubblici);
6. Di essere a piena, incondizionata conoscenza e di accettare l'obbligo contrattuale inderogabile e tassativo di effettuare le visite mediche e formulare i giudizi di idoneità nei confronti del personale scolastico in tutti i casi previsti dall'Art. 3 dell'Avviso (su richiesta del lavoratore, su disposizione/segnalazione della Dirigente Scolastica, visite post-assenza superiore a 60 giorni, verifiche sull'uso di alcool, ecc.), senza possibilità alcuna di opporre diniego, rifiuto o rinvio ingiustificato;
7. Di essere a conoscenza che il dipendente scolastico per il quale la Dirigente Scolastica richiama l'effettuazione della sorveglianza sanitaria è integralmente vincolato a sottoporsi alla relativa visita, e di impegnarsi a collaborare tempestivamente con la dirigenza per la convocazione e la gestione di tali accertamenti;
8. Di accettare senza alcuna riserva tutte le clausole e disposizioni previste dall'avviso e relativi allegati;
9. Di acconsentire al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003.

Luogo e Data:

Firma Digitale del Professionista:

_____, ____/____/____
