

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

***Incarico di Medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria***

**Al Dirigente Scolastico  
dell' Istituto Comprensivo  
Val Tagliamento AMPEZZO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 DPR 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

in qualità di :

docente a tempo indeterminato in servizio presso \_\_\_\_\_

docente a tempo determinato al 30/06 o 31/08 - 2022 in servizio presso \_\_\_\_\_

estraneo all'amministrazione in quanto (specificare) :

dipendente di altra pubblica amministrazione presso \_\_\_\_\_

lavoratore autonomo \_\_\_\_\_

con partita iva n° \_\_\_\_\_

altro : \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere disponibile ad assumere l'incarico di cui al bando prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

alle condizioni e nei termini previste dallo stesso.

(barrare  per indicare disponibilità) :

di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_

di essere in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea \_\_\_\_\_

di godere dei diritti politici;

di essere in possesso del numero di Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

(per il personale appartenente all' Amm.ne scolastica) di essere retribuito dalla Ragioneria Territoriale dello Stato sede di \_\_\_\_\_ numero partita fissa \_\_\_\_\_

di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

## REQUISITI OBBLIGATORI

- di essere in possesso del seguente titolo di studio: Laurea \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

rilasciato da: \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_

- di aver maturato precedenti esperienze di attività in qualità di medico competente in scuole o enti

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## COMPENSO COMPLESSIVO RICHIESTO PER LA PRESTAZIONE, ONERI A CARICO SCUOLA INCLUSI

A) Sopralluogo dell'ambiente di lavoro e/o riunione annuale	- € <i>(in cifre e lettere)</i>
B) Visita medica senza esami strumentali per collaboratori scolastici esposti al rischio "movimentazione carichi"	- € <i>(in cifre e lettere)</i> per ogni visita / lavoratore
C) Visita medica con eventuali esami strumentali specifici per personale che supera i 60 gg. consecutivi di assenza per motivi di salute	- € <i>(in cifre e lettere)</i> per ogni visita / lavoratore da sottoporre a tale esame
D) Visita medica compreso esame di videotest per personale che opera con videoterminali	- € <i>(in cifre e lettere)</i> per ogni visita / lavoratore da sottoporre a tale esame

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
(firma chiara e leggibile)

### ALLEGARE:

1. **FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ VALIDO**
2. **CURRICULUM VITAE IN FORMATO EUROPEO CORREDATO DALL'ATTESTAZIONE DELLE COMPETENZE PER L'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO PREVISTE DAL D.LGS. 9/4/2008, N. 81 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI**

### AVVERTENZE:

Ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi in materia. Ai sensi dell'art. 75 DPR n. 445/2000, se a seguito di controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.