

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.