

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER IL
CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE
CIG Z4230D47EC**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ prov. _____ via _____

cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

Codice fiscale _____ in nome o per conto della Ditta/società/studio

medico _____

Sita/o in via _____

C.F. _____ Partita IVA _____

in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione per il conferimento dell'incarico di Medico Competente per lo svolgimento del Servizio di Sorveglianza Sanitaria, del personale dell'Istituto.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

1. di essere cittadino italiano o del seguente Stato membro dell'Unione Europea
_____;
2. di godere dei diritti civili e politici;
3. di essere regolarmente iscritto all'Elenco nazionale dei Medici Competenti in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 comma 1 e comma d-bis D. Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008, gestito dal Ministero della Salute, con il seguente numero di iscrizione: _____;
4. di accettare senza alcuna riserva e/o eccezione tutte le condizioni previste nell'avviso;
5. di essere in possesso dei seguenti requisiti culturali e professionali, necessari per l'espletamento del servizio, come previsto dall'art. 38 del D. Lgs. n. 81/2008:
 - di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
-

- di esercitare la professione di Docente in Medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, tossicologia e igiene industriale come anche in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro

(indicare materia) _____

Presso _____

- di essere iscritto all'elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali con numero di iscrizione _____ a far data dal ____/____/_____

6. di Non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

7. di Non essere stato interdetto dai Pubblici Uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

8. di Non essere stato inibito per Legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;

9. di essere in regola con i versamenti contributivi obbligatori INPS e INAIL;

10. di astenersi nel modo più ampio, dal richiedere indennizzi, rimborsi o compensi di sorta in merito ai costi sostenuti per la produzione della documentazione richiesta nella presente procedura di gara;

11. di non trovarsi in alcuna condizione di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs 50/2016 "Codice degli appalti" e ss.mm.ii.;

NB: in caso di partecipazione alla gara da parte di Società, si precisa che dovrà essere indicato il nome del professionista in possesso dei titoli previsti che, in caso di aggiudicazione del servizio, assumerà l'incarico di Medico Competente.

Tutti i titoli dovranno essere posseduti al momento della presentazione della candidatura.

Allega:

Fotocopia di un documento di identità
Curriculum vitae

Luogo e data _____

FIRMA
