

Schema di domanda

Al Comune di BELPASSO

Oggetto: Domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse per il conferimento di incarico di Medico Competente ai fini della Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il/La sottoscritto/a COGNOME:

NOME:

NATO/A A

IL

PROV.

STATO

C.F.

Attualmente residente in

C.A.P.

PROV.

INDIRIZZO

TELEFONO:

EMAIL

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla manifestazione di interesse per il conferimento dell'incarico di Medico Competente del Comune di Belpasso come specificato nell'avviso.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi degli artt. 483, 495, 496 del Codice Penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

- di essere in possesso, a pena di esclusione, dei seguenti requisiti:

(Barrare le caselle)

cittadinanza italiana o uno degli Stati membri dell'Unione Europea;

di godere dei diritti civili e politici;

di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

di essere in possesso del seguente Titolo di studio _____

conseguito presso _____

di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione _____

_____, oppure essere in possesso dell'autorizzazione di cui all'art. 55 del D. L.vo 277/1991;

di essere iscritto nell'elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero della Salute;

di possedere la capacità ed i requisiti professionali previsti dall'art. 32 del D.Lgs. n.

81/2008 (vedi curriculum) nonché i mezzi idonei allo svolgimento dell'incarico;

di aver preso cognizione e di accettare integralmente ed incondizionatamente quanto previsto dall'avviso per lo svolgimento dell'incarico;

II/La sottoscritto/a inoltre allega alla domanda:

a) fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445/2000.

b) Curriculum vitae.

Luogo e data

Firma, _____