

Alla Sanitaservice Asl Ta S.r.l. Unipersonale  
Viale Virgilio, 31 -74123 - TARANTO

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER L'AFFIDAMENTO DI INCARICO DI MEDICO COMPETENTE SANITASERVICE ASL TA.

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a .....( )  
il..... residente/domiciliato in ..... Piazza/Via  
..... n P.IVA/C.F. ....

Tel..... e-mail/pec ..... ove elegge domicilio;

Presa visione ed accettate le condizioni e tutte le prescrizioni previste dall'avviso pubblico

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla procedura di selezione finalizzata all'affidamento dell'incarico di "Medico Competente". A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.PoR. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli arti. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'Unione Europea;
2. di godere dei diritti civili e politici ed essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di .....

**(in caso di non iscrizione indicare i motivi di non iscrizione/cancellazione)**

3. (solo eventuale) di essere in possesso della cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea .....
4. di non aver riportato condanne penali definitive che impediscano la sottoscrizione di un contratto per l'assunzione dell'incarico professionale come quello in argomento;
5. di non trovarsi in alcuna condizione che impedisca la predetta sottoscrizione contrattuale e di non essere stato coinvolto in alcun procedimento amministrativo o giudiziario previsto dal d.lgs. del 08/06/2001 n.231 e ss.mm.ii.;
6. di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia con abilitazione all'esercizio della professione (specificare i relativi estremi) .....
7. di possedere uno dei titoli di cui all'art, 38, comma 1 dei D.lgs, n. 81/2008 e ss.mm.ii (specificare di quale titolo si è in possesso); .....
8. di essere iscritto all'Ordine dei Medici dal ..... N. di iscrizione .....

9. di essere iscritto all' Elenco dei Medici Competenti tenuto presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii. dal ..... N. di iscrizione .....
10. di non trovarsi in nessuna condizione di incompatibilità o di conflitto di interessi con la società;
11. di accettare tutte le condizioni previste nell'avviso pubblico per l'espletamento dell'incarico di Medico Competente
12. di eleggere il proprio domicilio ai fini della presente procedura presso il proprio indirizzo di posta elettronica certificata personale;
13. di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del *Regolamento* (UE) n.679/2016;

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione ai propri fatti, stati e qualità personali che dovessero intervenire nel corso dell'espletamento del mandato; ed autorizza la Sanitaservice Asl Ta srl Unipersonale all'effettuazione dei controlli e delle verifiche in ordine a quanto autocertificato con la presente dichiarazione.

(luogo)\_\_\_\_\_ (data)\_\_\_\_\_

Il Dichiarante  
Firma digitale della domanda