

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 MEDICO COMPETENTE SANITASERVICE ASL TA

Il/la sottoscritto/a ovvero lo studio individuale/associato

.....

ovvero il Legale Rappresentante .....

nato/a ..... ( ) il..... residente/domiciliato in

..... Piazza/Via ..... n .....

P.IVA/C.F. .... Tel.....

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

Preso 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:

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

*(barrare solo in caso di partecipazione come società o studio associato)*

quanto indicato nella tabella sottostante appartiene al medico individuato dalla suddetta

società nella persona del Dr .....

<b>TITOLO DI STUDIO:</b> <i>indicare la tipologia di laurea conseguita l'Università e l'anno dei conseguimento, eventuali dottorati di ricerca.</i>	
<b>TITOLI DI FORMAZIONE:</b> <i>indicare (Specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro. Aggiornamento e di carattere accademico post laurea quali master di 1^ e 2^ livello etc.)</i>	
<b>ESPERIENZA MATURATA:</b> <i>Per l'esperienza maturata in qualità di Medico Competente incaricato da Enti e/o in Amministrazioni Pubbliche</i>	
<b>ESPERIENZA MATURATA:</b> <i>Per l'esperienza maturata in qualità di Medico Competente incaricato presso strutture private</i>	

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