

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI
"MEDICO COMPETENTE" DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA**

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. _____

residente in _____ CAP _____

Via/Piazza _____

Comune _____ Loc. _____ Prov. _____

Codice _____

Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso per il conferimento dell'incarico professionale di "medico competente" del Consiglio regionale della Calabria.

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci previste dall'art. 496 del Codice Penale e dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato in base alla dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- a) di avere cittadinanza _____ ;
- b) di godere dei diritti civili e politici;
- c) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;
- d) di non essere destinatario di provvedimenti riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione e/o di decisioni civili e/o di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- e) di non essere inibito per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
- f) di non essere stato licenziato, destituito, dispensato o decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- g) di non trovarsi in alcuna delle situazioni che determinano l'esclusione o l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- h) di non trovarsi nella condizione di cui all'art. 39, comma 3 del D. Lgs. 9/4/2008, n. 81 e successive modificazioni;

- i) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia e dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo;
- j) essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di _____ ;
- k) essere in possesso del seguente titolo abilitante allo svolgimento delle funzioni di "medico competente" ai sensi dell'art. 38 comma 1 del D. Lgs. 9/4/2008, n. 81 e successive modificazioni:
_____ ;
- l) essere iscritto nell'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero della salute.

ALLEGA

- 1) copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
- 2) curriculum vitae in formato europeo redatto ai sensi del D.P.R. n.445/2000 e firmato in ogni sua pagina.

CHIEDE

che tutte le comunicazioni inerenti alla presente procedura siano inviate al seguente recapito:

Via/Piazza		CAP	
Comune		Loc.	
tel.		cell.	
fax		e - mail	
PEC			

DICHIARA INFINE

- di aver letto l'avviso relativo all'incarico professionale e di accertarne integralmente il contenuto;
- di aver preso visione che l'eventuale conferimento dell'incarico di "medico competente" è subordinato alla stipula del relativo contratto e decorre dalla data di sottoscrizione del contratto stesso;
- di essere a conoscenza che nei confronti dell'Amministrazione non potrà essere addotta alcuna pretesa in relazione alla partecipazione all'avviso, anche nel caso di annullamento, revoca o mancata conclusione della presente procedura.;

- di prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali nei termini e con le finalità indicate, ai sensi degli artt. 23 e 24 del D. Lgs. 30/6/2003, n. 196 e successive modificazioni.

Data

Firma
