

SCHEMA DI DOMANDA

**Al Commissario Straordinario
Asl Sulcis Iglesiente
Via Dalmazia,83
09017 Carbonia**

protocollo@pec.aslsulcis.it

__l__ sottoscritt _____, nat__ a _____ (Prov.____) il
_____, CF _____ residente in _____,
(CAP____), Via _____, n.____ PEC: _____, n.
tel: _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per soli titoli, per l'attribuzione di un incarico libero professionale di Medico Competente per le esigenze della ASL Sulcis Iglesiente

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1) di essere cittadino/a italiano/a _____ ovvero _____;
- 2) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto alle liste elettorali, segnalando i motivi _____;
- 3) di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali _____ ovvero di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali in corso; _____
- 4) di essere nella seguente posizione nei confronti degli obblighi di leva: _____;
- 5) di essere in possesso del titolo di studio _____ conseguito presso _____ in data _____;
- 6) di essere iscritto all'albo professionale per l'esercizio della professione _____ con decorrenza da _____ al n. _____;

7) di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni o requisiti::

- ☐ Medicina del lavoro
- ☐ Medicina preventiva dei Lavoratori e psicotecnica
- ☐ Igiene e Medicina Preventiva
- ☐ Medicina Legale

I medici in possesso della Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva o in Medicina Legale sono tenuti a frequentare appositi percorsi formativi universitari; i predetti medici che, alla data di entrata in vigore del D.Lgs. n. 81/2008, svolgevano le attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tali attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del presente decreto legislativo, sono abilitati a svolgere le medesime funzioni:

8) ovvero docenza

- ☐ in medicina del lavoro
- ☐ medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
- ☐ tossicologia industriale
- ☐ igiene industriale
- ☐ fisiologia e igiene del lavoro
- ☐ clinica del lavoro

9) Iscrizione nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali con decorrenza da _____ al n. _____;

10) di aver maturato esperienza presso _____

11) di possedere l'idoneità fisica all'impiego;

12) di non essere ovvero di essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubblica Amministrazione per persistente, insufficiente rendimento ovvero dichiarato/a decaduto/a da un impiego statale per aver prodotto documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

13) di acconsentire al trattamento dei dati personali ((D.Lgs 196/03del Regolamento UE 679/2016 del 27/04/2016 (GDPR-General Data Protection Regulation);

14) di accettare le condizioni previste dal bando di selezione;

Allega alla presente i seguenti titoli:

- Curriculum formativo-professionale datato e firmato
- Copia dell'elenco dei documenti e titoli presentati
- Eventuali titoli e documenti, in originale autenticati o autocertificati, che il candidato ritenga opportuni per la formulazione della graduatoria di merito
- Copia Fotostatica di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale

Data _____

Firma

N.B. Qualora al momento dell'eventuale nomina siano scaduti i termini di validità delle dichiarazioni rese, le stesse dovranno essere riconfermate attraverso la sottoscrizione di un apposito modulo ai sensi di quanto stabilito dagli articoli 41 e 48 del DPR n.445/00.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____ CAP _____ Prov. _____ Via _____ n° _____
C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A :

- di essere nato/a a _____ il _____ di essere residente a _____;
- di essere cittadino italiano (oppure) _____;
- di godere dei diritti civili e politici _____;
- titolo di studio posseduto _____ conseguito il _____ presso _____;
- di essere iscritto all'albo professionale di _____ alla data _____;
- di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita in data _____;
- di essere iscritto nell'elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4, del Decreto Legislativo n. 81/2008 e ss.mm. e ii. con decorrenza da _____ al n. _____;
- di avere maturato esperienza presso _____;
- _____;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____ e residente in
_____ CAP _____ Via _____ n° _____

C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000,

D I C H I A R A

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445/2000, i seguenti stati, fatti e qualità personali (la presente dichiarazione può essere utilizzata per certificare attività di servizio utilizzando lo schema di seguito indicato):

Ente _____ dal _____ al _____ in qualità di _____ natura del contratto
(contratto di dipendenza, di consulenza, di collaborazione.....) _____ tipologia del contratto
(tempo pieno – parziale) _____ per numero ore settimanali _____. Indicare le cause di
risoluzione del rapporto di impiego (scadenza del contratto, dimissioni)

_____.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE
DI COPIA

Ai sensi degli artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000

Il/La Sottoscritto/a _____ nato a _____ Prov _____ il _____ e residente in
_____ CAP _____ Prov. _____ Via _____ n° _____
C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

- a) dell'atto/documento _____ rilasciato da _____ in data _____ è
conforme all'originale in possesso di _____ ;
- b) della pubblicazione dal titolo _____ edita da _____ in data
_____, riprodotto per intero/estratto da pag. _____ a pag. _____ e quindi composta di
n° _____ fogli, è conforme all'originale in possesso di _____ ;
- c) del titolo di studio/servizio _____ rilasciato da _____ in data _____ è conforme
all'originale in possesso di _____ ovvero in mio possesso;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati
personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento
per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai
sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali
contenuti nella presente dichiarazione.

Data

Firma