

**SCHEMA DI DOMANDA**

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

[protocollo@pec.aslsulcis.it](mailto: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