ALLEGATO A

All'I.C. CARDUCCI DI PORTO AZZURRO

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI MEDICO COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA ANNUALE.

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il

a

Residente a

Indirizzo

Telefono

CHIEDE

Di essere ammesso a partecipare alla selezione, attraverso valutazione comparativa, per il conferimento dell’incarico di medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria annuale presso l’Istituto Comprensivo Carducci di Porto Azzurro, come specificato nell’avviso di selezione.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 455/2000 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi degli artt. 483, 495, 496 del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

DICHIARA

- Di essere in possesso, a pena di esclusione, dei seguenti requisiti (barrare le caselle):

o Cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

o Godimento dei diritti civili e politici;

o Inesistenza, a proprio carico, di condanne penali e di provvedimenti che riguardino l’applicazione di

misure di prevenzione, di decisioni civili e di atti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

o Assenza di coinvolgimento in procedimenti penali;

o Possesso del titolo di studio (attinente all’incarico richiesto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

o possesso di capacità e requisiti professionali previsti l’art. 18, comma 1, lett. A) del D. Lgs n. 81/2008 (vedi curriculum) nonché di mezzi idonei allo svolgimento dell’incarico;

o pregresso servizio quale Medico Competente:

durata continuativa dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

pregresso servizio quale Medico Competente:

durata continuativa dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

pregresso servizio quale Medico Competente:

durata continuativa dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

pregresso servizio quale Medico Competente:

durata continuativa dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

pregresso servizio quale Medico Competente:

durata continuativa dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

pregresso servizio quale Medico Competente:

durata continuativa dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

o Cognizione e accettazione integrale ed incondizionata di quanto previsto dall’avviso per lo svolgimento dell’incarico.

Offerta economica:

|  |  |
| --- | --- |
| PRESTAZIONE | IMPORTO RICHIESTO |
| Incarico medico competente, comprensivo di relazione  finale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo annuale) |  |
| Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale indicare importo medio) compreso eventuale costo per uscita |  |

Il/la sottoscritto/a, inoltre, allega alla domanda:

a) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità ai sensi dell’art. 21 del D.P.R. 445/2000;

b) Curriculum vitae sottoscritto.

Luogo e data …………………………………………….

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_