ALLEGATO 1

Oggetto: Richiesta di partecipazione all'Avviso per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente per il Servizio di Sorveglianza Sanitaria, del personale dell'Istituto

Alla Dirigente del 2° IC "O.M. CORBINO" di AUGUSTA

Il/lasottoscritto/a_____

nato/a_____il _____ (Prov. _____),

C.F._____ o Partita IVA_____

residente in _____ (Prov. _____) in via _____, n. _____, tel._____, ubicazione attività e recapito professionale _____ pec (obbligatoria)_____ in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso prot. n. _____ del _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente per il Servizio di Sorveglianza Sanitaria del personale dell'Istituto di cui all'avviso di selezione prot. n. 11585 del 21/10/2024.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, l _ sottoscritt_

DICHIARA

1. di partecipare alla procedura comparativa in qualità di:
   - □ Libero professionista
   - □ Altro (specificare) _____
2. di essere cittadino italiano o del seguente Stato membro dell'Unione Europea _____;
3. di godere dei diritti civili e politici;
4. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione elencate dalle lettere da a) ad e) dell'art. 7 dell'Avviso di selezione, rubricato "*Esclusione dalla procedura comparativa*";
5. di essere regolarmente iscritto all'Elenco nazionale dei Medici Competenti in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 comma 1 e comma d-bis D. Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008,

gestito dal Ministero della Salute, con il seguente numero di iscrizione: _____;

6. di accettare senza alcuna riserva e/o eccezione tutte le condizioni.

Luogo e data _____

FIRMA* (firmare digitalmente se trasmesso via pec)

_____

Allega: Fotocopia di un documento di identità e curriculum vitae