*ALLEGATO 1*

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DELL’INCARICO DI MEDICO COMPETENTE PER L’ESERCIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA AI SENSI DEL D. LGS. 81/2008.**

AL

DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO

" F.D’AMICO"

Via Soldato Pitino s.n.

96019 Rosolini (SR)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ubicazione attività e Recapito professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica PEO e/o PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In nome proprio o per conto della Ditta/Società/Studio medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura comparativa per l’attribuzione dell’incarico di Medico Competente.

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**

* di partecipare alla procedura comparativa in qualità di:

 Libero professionista

 Studio associato

 Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere cittadino italiano o del seguente Stato membro dell’Unione Europea: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di godere dei diritti civili e politici;
* di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione elencate dalle lettere da a) ad e) dell’art. 6 dell’Avviso di selezione, rubricato “Esclusione dalla procedura comparativa”;
* 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso delle seguenti esperienze valutabili:

n. \_\_\_\_\_\_\_\_ esperienze di medico competente in Istituti scolastici *(si valuta solo un’esperienza per ciascun anno, fino a un massimo di 8 esperienze)*;

n. \_\_\_\_\_\_\_\_ esperienze di medico competente in altri enti pubblici o privati *(si valuta solo un’esperienza per ciascun anno, fino a un massimo di 6 esperienze);*

* di accettare senza alcuna riserva e/o eccezione tutte le condizioni contenute nell’Avviso di selezione.

\_ l \_ sottoscritt\_\_\_ allega alla presente il proprio Curriculum vitae in formato europeo, attestante i titoli culturali e professionali posseduti, nonché le esperienze maturate nel settore, con particolare riferimento a contratti analoghi stipulati con istituti scolastici e con enti pubblici e/o privati.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESSIONISTA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_