Mod. A

 All’Istituto d’ Istruzione Superiore

Pizzini P. IPSEOA Liceo G. Galilei

PAOLA (CS)

Pec: csis072008@pec.istruzione.it

Il ........ sottoscritt............................................................................ , nat… a ………………………………………………… il……….. C.F..............................

CHIEDE

di essere ammess.... a partecipare alla selezione pubblica finalizzata al conferimento di incarichi di

collaborazione per lo svolgimento dell'attività di medico competente prevista dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81.

Consapevole delle responsabilità penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 71 e 76 D.P.R. 445/2000, dichiara quanto segue:

• di essere nat.... a .......................................................................................... il ........................................ ;

• di essere residente in: Via/piazza ............................................................................................... n ......... C.A.P .................. Città.............................................................. tel ........................... mail……………………….. ;

• di essere cittadin... italian ... o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;

 • di essere iscritt.... nelle liste elettorali del Comune di ......................................................... (oppure di non essere iscritt... per il seguente motivo: ................................................................................. );

• di non essere stat... destituit.. o dispensat... dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

• di non essere stat... dichiarat... decadut... dall'impiego per avere conseguito dolosamente la nomina mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

• di non essere stat...interdett...dai Pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

• di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti; (qualora siano state riportate condanne penali o siano pendenti procedimenti penali, devono essere indicati gli estremi della condanna riportata o del procedimento penale pendente, come indicati dalle risultanze documentali dei competenti uffici giudiziari )……………………………………………………………………………………..;

• di non essere stat.. inibit.. per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;

• di non essere in conflitto di interessi con la Pubblica Amministrazione o di non aver demeritato

in precedenti incarichi;

• di essere in possesso:

a) del diploma di laurea in ........................................................... conseguito il ....................... presso..... ................................................................................

b) di essere in possesso della specializzazione in ...................................................... conseguita con il punteggio di ....................................

• di essere iscritt .... all'Ordine dei Medici di .......................................... dal ..................... tessera……..…

* essere in possesso dell'autorizzazione di cui all'art. 55 del D. L.vo 277/1991;

• di essere iscritt.. nell'elenco dei "medici competenti" istituito presso il Ministero della Salute.

 ....l... sottoscritt... dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le clausole contenute nell'avviso pubblicato dall’Istituto ivi compresa quella relativa al trattamento dei dati personali e comunica che l'indirizzo di posta certificata al quale deve essere inviata ogni necessaria

comunicazione è il seguente Mail pec ......................................... ,

 Allega alla presente:

1. curriculum vitae debitamente firmato e datato
2. copia documento d’identità
3. Offerta e elenco titoli per la valutazione.

Data: Firma