

ALLA XVI° COMUNITA' MONTANA

“MONTI AUSONI”

VIA MARCONI

03020 PICO(FR)

Oggetto: Conferimento dell'incarico professionale di Medico Competente della XVI° COMUNITA' MONTANA “Monti Ausoni” di Pico(FR);

VISTO l'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico specificato in oggetto;

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....

Prov.....il.....residente in.....Prov.....

via.....n.....tel.....Cod.

Fiscale.....

dichiara di essere disponibile al conferimento dell'incarico professionale presso la XVI° Comunità Montana “Monti Ausoni” di Pico, **con compiti del Medico Competente D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i., per lo svolgimento dell'attività di sorveglianza sanitaria.**

A tale proposito,consapevole delle responsabilità penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara quanto segue:

- 1) di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato appartenente alla Unione Europea, fatte salve le eccezioni di cui al D.P.C.M. 7.2.1994 n. 174;
- 2) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....;
- 3) di possedere l'idoneità psico-fisica al servizio;
- 4) di godere dei diritti civili e politici;
- 5) di non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare le eventuali condanne riportate);
- 6) di non trovarsi in alcuna situazione di inibizione per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della professione;
- 7) di non trovarsi in alcuna condizione di incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione;

8) di essere in possesso del seguente titolo di studio

.....
;

9) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di cui all'art. 4 dell'avviso:

.....
;

10) di possedere i titoli e di aver maturato le esperienze professionali risultanti dall'allegato curriculum vitae-professionale;

11) di aver preso visione del presente avviso e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni ivi previste;

12) di accettare **incondizionatamente** tutte le norme del presente avviso dopo averne preso visione di ogni singolo punto.

Allega alla presente domanda:

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità (pena l'esclusione);
- curriculum professionale

Dichiara di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente domicilio:

.....
..
.....
.. telefono cellulare.....
e-mail

Dichiara, infine, di acconsentire, ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs n. 196/2003(privacy), al trattamento dei dati forniti per le finalità che costituiscono l'oggetto della presente istanza.

....., li.....

Firma
