

ALLEGATO A - MODELLO PER ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Al Comune di Nardò

OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E VALUTAZIONE COMPARATIVA DEI CURRICULA, PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO TRIENNALE DI MEDICO COMPETENTE DEL COMUNE DI NARDÒ, AI SENSI DEL D. LGS. N. 81/2008.

Il sottoscritto _____ nato a _____
_____ il _____ Codice Fiscale _____ P.IVA _____
_____ In _____ qualità _____
di _____ con
sede legale in : città _____ via _____ cap _____ prov. _____
Tel. _____ e-mail _____
_____ pec _____

DICHIARA

Di presentare la propria candidatura per la selezione pubblica, per titoli e valutazione comparativa dei curricula, per il conferimento dell'incarico triennale di medico competente del comune di Nardò ai sensi del d. lgs. n. 81/2008.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara altresì di essere in possesso, a pena di esclusione, dei seguenti requisiti:

(Barrare le caselle)

- cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di essere in possesso del seguente Titolo di studio:

conseguito presso _____ il _____ con votazione _____

- di essere in possesso di titolo di specializzazione:

- in medicina del lavoro;

oppure

in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;

oppure

docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;

oppure

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

di essere in possesso di ulteriori requisiti di cui ai commi 2 e 3 del D.Lgs.81/2008;

di essere iscritto nell'elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero della Salute, numero ____data iscrizione _____;

di non incorrere in condizioni di esclusione o incompatibilità previste dalla normativa vigente per l'espletamento dell'incarico.

Si dichiara, altresì, la sede del proprio studio/ambulatorio professionale: _____

IL DICHIARANTE

Si allega:

- Copia del Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Curriculum vitae.