FAC SIMILE DOMANDA (allegato 1)

 Spett.

I.T.T. “NERVI – GALILEI” Via Padre Pio da P. snc

## 70022 ALTAMURA - BA

Il sottoscritto/a …………………………………………………..nato/a ……………………… il …………………………. e residente in ……………………………………… cap ……...…

Via …………………………………………….……….. n. ………… tel. ……… ……..

Indirizzo mail ……………………………………

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura comparativa per l’affidamento di un incarico di natura libero professionale per lo svolgimento di compiti e attività di Medico Competente ai sensi del D.lgs. 81/08 e s.m.i.

**A TAL FINE DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/200, consapevole delle conseguenze di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di false dichiarazioni e nell'ipotesi di falsità in atti e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, quanto segue:

 di essere in possesso della Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia con abilitazione all’esercizio della professione

e di essere altresì in possesso del seguente titolo:

 specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;

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

 autorizzazione di cui all’art. 55 del D.lgs. n. 277 del 15/08/1991;

 specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale;

 di essere iscritto/a nell’elenco dei Medici Competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;

 di aver svolto, negli ultimi 5 anni, incarichi di Medico Competente per enti pubblici e/o privati con un numero di dipendenti pari o superiore a 300 dipendenti;

 di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all’art. 39 comma 3 del D.lgs. 81/08;

 di non avere cause ostative a contrattare con la Pubblica Amministrazione

 di non essere inibito/a per legge all’esercizio della libera professione;

 di non trovarsi in conflitto di interessi con l’ASL BA”

 di avere cause di incompatibilità ed inconferibilità per l’attribuzione di incarichi nella Pubblica Amministrazione ai sensi del D.lgs. 39/2013.

Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni contenute nell’avviso di selezione e si impegna a produrre prima della sottoscrizione del disciplinare d’incarico, copia della polizza di Responsabilità Civile Verso Terzi sottoscritta con primaria Compagnia Assicurativa, avente massimale “unico” minimo di garanzia non inferiore a Euro 3.000.000,00 per sinistro.

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.lgs. del 30/06/2003 n. 196, per l'espletamento della procedura comparativa e la successiva gestione del contratto.

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA

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

Allega :

* + Copia documento d’identità in corso di validità