(ALLEGATO 1)

Alla Sanitaservice ASL FG S.r.l.

Via Michele Protano

71122- FOGGIA

La/Il sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione indetta il per il conferimento dell’incarico di Medico Competente della Sanitaservice ASL FG S.r.l.

A tal fine, la/il sottoscritta/o consapevole della responsabilità penale a cui, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 483, 485, 486 c.p.), sotto la sua personale responsabilità, dichiara quanto segue:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

PROVINCIA

RESIDENTE A

CAP. PROV

VIA N.

- di essere in possesso dei seguenti requisiti:

* iscrizione all’Albo Nazionale dei Medici Competenti del Ministero della Salute N. \_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* esperienze e competenze professionali presso enti pubblici e/o organizzazioni private, in relazione all’oggetto dell’incarico (così come documentate nel curriculum), in particolare:
  + di aver svolto l’attività di Medico Competente presso il seguente **Ente pubblico del SSN o Società in house di Enti Pubblici del SSN** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conferito ai sensi del D.Lgs n.81/2008, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + di aver svolto l’attività di Medico Competente presso il seguente **Ente privato accreditato con il SSN** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conferito ai sensi del D.Lgs n.81/2008, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + di aver svolto l’attività di Medico Competente da almeno tre anni presso il seguente **Ente (pubblico o privato)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero dipendenti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conferito ai sensi del D.Lgs n.81/2008, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di possedere i presenti titoli o requisiti previsti dall’art.38 del D.Lgs. n.81/2008:
  + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di saper utilizzare i seguenti Sistemi Operativi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e applicativi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere in possesso dei seguenti attestati/licenze d’uso rilasciate dalla seguente società (indicare la software house per la gestione della Sorveglianza Sanitaria) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di disporre per l’espletamento della Sorveglianza Sanitaria di un ambulatorio accreditato sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell’Unione Europea;
* di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini UE ed extra UE);
* di godere dei diritti civili e politici;
* di non aver riportato condanne penali definitive, di non presentare situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità e di qualunque causa di impedimento a contrarre con la P.A.;

La/Il sottoscritta/o allega alla presente istanza:

1. curriculum vitae, debitamente datato e sottoscritto e con l’esplicita indicazione che tutto quanto in esso dichiarato corrisponde a verità, ai sensi delle norme in materia di dichiarazioni sostitutive di cui agli art. 46 e seguenti del D.P.R. 445/2000, da cui si evinca in modo preciso il possesso dei requisiti di ammissione e dei titoli attinenti all’incarico cui si riferisce la domanda;
2. una copia fotostatica di un proprio valido documento di riconoscimento;
3. attestati/licenze d’uso di Software House gestionali per la Medicina del Lavoro;
4. i seguenti titoli, dichiarati nel curriculum, che intende presentare ai fini della selezione, comprese le attività formative, di studio e di aggiornamento:

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

La/Il sottoscritta/o esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto D.Lgs. 101/2018 e s.m.i. per gli adempimenti connessi alla presente selezione.

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_