

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO PUBBLICO INCARICO MEDICO  
COMPETENTE

CONSERVATORIO DI MUSICA "V. BELLINI" CATANIA  
Via Istituto Sacro Cuore, 3 – Catania Tel. 095 437127

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
Telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Titolo di studio \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'affidamento dell'incarico di esperto esterno "Medico Competente per la valutazione dei rischi per l'esercizio della sorveglianza sanitaria."

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di:

- a) Essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- b) Godere dei diritti civili e politici;
- c) Non avere riportato condanne penali e non essere destinatari di provvedimenti che riguardino misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- d) Essere a conoscenza di non essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- e) Essere in possesso dei titoli e dei requisiti previsti dall'art. 38 del D. Lgs. 81/2008. In caso di partecipazione alla procedura da parte di una Società si precisa che dovrà essere indicato il professionista in possesso dei titoli previsti che, in caso di aggiudicazione del servizio, assumerà l'incarico di medico competente;
- f) Accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni contenute nel presente avviso;

g) Esprimere, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti, Con particolare riguardo a quelli definiti “sensibili” dall’art. 4, comma 1, lettera d) del D.Lgs. 196/2003, per la finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.

Allega alla presente domanda:

- Fotocopia del documento d’identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a svolgere l’incarico senza riserve e secondo quanto previsto dall’RDO

11/1a sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 679/2016.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38, comma 3

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via/Piazza \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Ai fini dell'ammissione al BANDO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI  
MEDICO COMPETENTE

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28-12-2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui al suddetto articolo, sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

- Di essere a conoscenza dei compiti connessi al ruolo professionale di Medico Competente;
- Di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere a proprio carico procedimenti penali in corso;
- Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio-abilitazioni:

Nome e tipo di Istituto di istruzione o formazione	Qualifica conseguita	Data

Dichiara inoltre

Di possedere i seguenti requisiti:

- Laurea in Medicina con specializzazione in medicina del lavoro o altro requisito di cui all'art. 38 del D.Lgs. 81/2008 c ss.mm.ii.
- Altri titoli professionali e culturali connessi (indicati nell'allegato curriculum vitae).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_