

ALLEGATO A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL' INCARICO DI MEDICO COMPETENTE (MEDICO DEL LAVORO)

Spett.le Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Catanzaro

PEC: abriatico.omceocz@pec.it

Oggetto: Avviso esplorativo di manifestazione di interesse finalizzato al conferimento di incarico di medico competente (medico del lavoro).

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____
in Via/piazza _____ prov. _____ CAP _____
tel. _____ e-mail _____
Pec _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione per il conferimento dell'incarico di medico competente (medico del lavoro) presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Catanzaro, secondo quanto previsto dall'avviso pubblico.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000,

DICHIARA

- di essere cittadino/a Italiano/a o di Stato UE;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non incorrere in cause di incompatibilità o inconfiribilità dell'incarico ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- di essere iscritto all' Albo dei Medici Chirurghi di _____ dal _____

- di essere in possesso del titolo abilitante all'esercizio della funzione di Medico Competente ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs. 81/2008;
- di aver maturato esperienza pregressa nell'ambito della sorveglianza sanitaria e della medicina del lavoro;
- di non aver subito sanzioni disciplinari dall'Ordine di appartenenza;
- di essere in regola con il pagamento di imposte, tasse, contributi assistenziali e previdenziali;
- di essere dotato/a di congrua copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio della professione;
- di accettare integralmente tutte le condizioni previste dall'avviso pubblico.

Si allegano alla presente:

- 1) curriculum professionale debitamente sottoscritto e recante l'autorizzazione al trattamento dei dati personali contenuti ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003;
- 2) fotocopia del documento di identità in corso di validità

Data _____

Firma _____