

ALLA CITTA' METROPOLITANA

Settore 11 Viabilità

Via Monsignor Ferro n. 1 A

89127 REGGIO CALABRIA

Oggetto: Conferimento dell'incarico professionale di Medico Competente della Città Metropolitana di Reggio Calabria anno 2021/2022

VISTO l'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico specificato in oggetto;

Il/La sottoscritto/a nato/a

a.....

Prov.....il.....residente

in.....Prov.....

via.....n.....tel.....

.....Cod. Fiscale.....

dichiara di essere disponibile al conferimento dell'incarico professionale presso la Città Metropolitana di Reggio Calabria, **con compiti del Medico Competente D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i., per lo svolgimento dell'attività di sorveglianza sanitaria.**

A tale proposito,consapevole delle responsabilità penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara quanto segue:

- 1) di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato appartenente alla Unione Europea, fatte salve le eccezioni di cui al D.P.C.M. 7.2.1994 n. 174;
- 2) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....;
- 3) di possedere l'idoneità psico-fisica al servizio;
- 4) di godere dei diritti civili e politici;
- 5) di non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare le eventuali condanne riportate);

- 6) di non trovarsi in alcuna situazione di inibizione per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della professione;
- 7) di non trovarsi in alcuna condizione di incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione;
- 8) di essere in possesso del seguente titolo di studio: ...
.....;
- 9) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di cui all'art. 4 dell'avviso:
.....;
- 10) di possedere i titoli e di aver maturato le esperienze professionali risultanti dall'allegato curriculum vitae-professionale;
- 11) di aver preso visione del presente avviso e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni ivi previste;
- 12) di accettare **incondizionatamente** tutte le norme del presente avviso dopo averne preso visione di ogni singolo punto.

Allega alla presente domanda:

- fotocopia firmata di un documento di identità in corso di validità (pena l'esclusione);
- curriculum professionale in formato europeo datato e sottoscritto in originale elaborato tenendo presente le istruzioni illustrate all'art. 9 del presente avviso, con allegato elenco titoli da valutare, gli unici che saranno valutati dalla Commissione esaminatrice.

Dichiara di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente domicilio:

...

.....
.....
.....

telefono n.ro.....n.ro

tel

cellulare.....

E - MAIL

PEC.....

Dichiara, infine, di acconsentire, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 (privacy), al trattamento dei dati forniti per le finalità che costituiscono l'oggetto della presente istanza.

....., lì.....

Firma

.....

Fac-simile schema elenco titoli

ELENCO TITOLI VALUTABILI AUTOCERTIFICATI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', A NORMA DEL D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

N.B. Saranno valutati, solo ed esclusivamente, i titoli riportati nel seguente elenco, distinti per categoria.

Dott. _____

TITOLI CULTURALI Max punti 20

1) _____;

2) _____;

3) _____

PARTECIPAZIONE A CORSI DI FORMAZIONE E/O RELATORE Max punti 20

1) _____;

2) _____;

3) _____

ESPERIENZE PROFESSIONALI Max punti 20

1) _____;

2) _____;

3) _____.

Dopo averne preso visione, accetto incondizionatamente tutte le norme riportate nell'avviso pubblico di conferimento dell'incarico professionale di Medico Competente della Città Metropolitana di Reggio Calabria, consapevole che saranno considerati valutabili, solo ed esclusivamente i titoli, riportati nel presente elenco.

In fede