

FAC SIMILE DI DOMANDA

Spett.le
Camera di Commercio Industria
Artigianato e Agricoltura di Frosinone
Viale Roma snc
03100 Frosinone

Oggetto: Domanda di partecipazione alla selezione per il conferimento dell'incarico di Medico Competente, ai sensi del D.Lgv. n. 81/08 e ss.

I sottoscritt /la Società _____
nat _ a _____ prov. _____ il _____
e residente/con sede in _____
via _____ n. _____ prov. _____ c.f.
_____ / P.I. _____

CHIEDE

di essere ammess_ a partecipare alla selezione per il conferimento dell'incarico di Medico Competente, ai sensi del D.Lgv. n. 81/08 e ss., per un periodo di 12 (dodici) mesi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali per chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso (artt. 75, 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni),

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, di essere in possesso dei seguenti **requisiti per l'ammissione**:

- cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- godimento dei diritti civili e politici;
- aver/non aver riportato condanne penali ed essere/non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale, né di essere sottoposto a procedimenti penali (in caso affermativo, dichiarare per quali reati);

- Laurea in Medicina e Chirurgia e possesso di almeno uno dei seguenti titoli o requisiti previsti dall'art. 38, comma 1 del D. Lgs. 81/2008:

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

b) 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;

c) autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;

d) specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.

DEPOSITA

ai fini della partecipazione alla presente selezione:

- formale indicazione del medico che svolgerà l'incarico di Medico Competente (in caso di domanda prodotta da persona giuridica), accompagnata dalla dichiarazione di possesso dei requisiti richiesti e dal C.V. del Professionista indicato;

- dichiarazione di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Frosinone;

- autocertificazione di regolarità fiscale e contributiva (se dovuta).

ALLEGA

- due buste chiuse e firmate sui lembi di chiusura delle quali, la prima intestata "**Documentazione**" e la seconda "**Offerta economica**";

- **curriculum vitae e professionale;**

- **fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.**

Ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sarà inviata esclusivamente al seguente indirizzo **PEC** _____ .

 sottoscritt_ si impegna a comunicare tempestivamente alla Camera di Commercio di Frosinone ogni variazione relativa al recapito, esonerando l'Ente da eventuali responsabilità dovuta alla mancata comunicazione.

 sottoscritt_ dichiara, inoltre, di essere informat_, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/03, che i dati personali raccolti sono obbligatori per il corretto svolgimento dell'istruttoria e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma
