**ALLEGATO 1**

Al Dirigente Scolastico

Del CPIA Catania 2 - Giarre

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a il \_\_\_

codice fiscale Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione pubblica per incarico di medico competente ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modifiche ed integrazioni.

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. sotto la propria responsabilità

 □ di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea

 □ di essere in godimento dei diritti civili e politici

 □ di essere dipendente di altre amministrazioni a tempo determinato / indeterminato, (nel qual caso indicare quale)

 □ ovvero di NON essere dipendente di altre amministrazioni pubbliche

 □ di non avere subito condanne penali ovvero di avere subito le seguenti condanne penali

 □ di non avere procedimenti penali pendenti ovvero di avere i seguenti procedimenti penali pendenti

 □ di essere in possesso dei requisiti di regolarità contributiva e fiscale (da indicare solo se società)

 □ di essere in possesso dei titoli previsti per l’aggiudicazione dell’incarico di medico competente

 □ di essere in possesso di Partita I.V.A.

**AI FINI DELLA SELEZIONE DICHIARA INOLTRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESTAZIONE** | **OFFERTA ECONOMICA** |
| Compenso forfettario richiesto per la durata dell’incarico per relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, consulenze varie e sorveglianza sanitaria, comprese le visite mediche, gli accertamenti diagnostici e gli esami clinici, se necessari, per n° 121 unità di personale | Importo richiesto € |
| Compenso richiesto per ogni visita ulteriore rispetto a quelle incluse nel compenso forfettario | Importo richiesto per singola visita € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Esperienze di medico competente in Istituti Scolastici | N. incarichi |
| Esperienze di medico competente nell’ambito di questa Istituzione scolastica | N. incarichi |
| Esperienze di medico competente in Enti Pubblici | N. incarichi |

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 10 agosto 2018 n. 101 per l’adeguamento della normativa nazionale D.Lgs 196/03 alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente

nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Il Dichiarante

Si allegano:

- ai sensi e per gli effetti dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., fotocopia non autenticata di un documento di identità

- curriculum vitae in formato europeo.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione del bando e di accettare in toto le clausole in esso contenute.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_