

Spett.le ASP Città di Bologna
Viale Roma n. 21
40139 Bologna (BO)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
COMPARATIVA, PER L’AFFIDAMENTO DI UN INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE
PER LO SVOLGIMENTO DI COMPITI E ATTIVITA’ DI MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D. LGS.
81/08 E SMI**

Il sottoscritt _____
nat. a _____ (____) il ____/____/_____
residente in _____ (____) cap _____
via _____ n° _____
cod. fisc. _____ p.Iva _____
Tel. ____/____/____ Cellulare ____/____/_____
E-mail _____
PEC _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione comparativa per il conferimento dell’incarico libero professionale per lo svolgimento di compiti e attività di Medico competente ai sensi del D. Lgs. 81/08 e smi.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76, DPR 445/00), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

CITTADINANZA ITALIANA SI NO

CITTADINANZA UE: (indicare cittadinanza): _____

GODIMENTO DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI SI
 NO

CONDANNE PENALI SI (quali) _____
 NO

PROCEDIMENTI PENALI SI (quali) _____
 NO

LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA rilasciata dall’Università degli studi di _____
Conseguito in data _____ voto _____

ISCRIZIONE ALL’ALBO DELL’ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
di _____ rilasciato il _____ n. _____

- di aver preso visione dell'avviso pubblico della presente selezione;
- di possedere uno dei titoli o requisiti di cui all'art. 38 del D. Lgs. 81/08 (indicare quale):
-
- di essere iscritto nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;
- di aver assolto, nei tre anni precedenti il presente avviso (2022- 2023-2024), agli obblighi di aggiornamento previsti dal programma di educazione continua in medicina ai sensi del D.Lgs n. 229/99 ss.mm.ii;
- di non essere stato destituito/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di essere in possesso di comprovata e documentabile esperienza, desumibile dal curriculum, in attività proprie di "Medico competente del lavoro", presso enti pubblici, per un periodo complessivo di almeno 5 anni;
- di possedere idonea polizza assicurativa per la copertura di eventuali danni a cose e persone procurati nell'esercizio delle proprie funzioni (RCT);
- di non trovarsi nella condizione di cui all'art. 39 comma 3 del D. Lgs. 81/08;
- di non essere inibito/a per legge all'esercizio della libera professione;
- di non trovarsi in conflitto di interessi con ASP Città di Bologna;
- di non essere stato collocato/a in quiescenza.

I sottoscritt_ autorizza l'ASP Città di Bologna al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ai fini della gestione della presente procedura.

Data ___/___/___

Firma¹_____

Allega: - fotocopia di un documento di identità, in corso di validità
- curriculum vitae, preferibilmente in formato euro pass
- dichiarazione sostitutiva di certificazione (All. B)

¹ Da sottoscrivere, a pena di esclusione dalla procedura comparativa.