# ALLEGATO 1

**Oggetto: Richiesta di partecipazione all’ Avviso per l’affidamento dell’incarico di Medico Competente per il Servizio di Sorveglianza Sanitaria, del personale dell’Istituto “S. Chindemi” di Siracusa**

**Al Dirigente dell’I.C. “S. Chindemi”**

**di Siracusa**

Il/la sottoscritto/a dott. nato/a (Prov. ), il C.F. o Partita IVA

residente in tel. ,

(Prov. ) in via , n. ,

ubicazione attività e recapito professionale pec

in possesso dei requisiti previsti dall’Avviso prot. n. del

# CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente per il Servizio di Sorveglianza Sanitaria, del personale dell’Istituto di cui all’avviso di selezione prot.

n. del

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, \_ l \_ sottoscritt\_

# DICHIARA

1. di essere cittadino italiano o del seguente Stato membro dell’Unione Europea

;

1. di godere dei diritti civili e politici;
2. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione elencate dalle lettere da a) ad e) dell’art. 7 dell’Avviso di selezione, rubricato “*Esclusione dalla procedura comparativa*”;
3. di essere regolarmente iscritto all’Elenco nazionale dei Medici Competenti in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 comma 1 e comma d-bis D. Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008, gestito dal Ministero della Salute, con il seguente numero di iscrizione: ;
4. di accettare senza alcuna riserva e/o eccezione tutte le condizioni

Luogo e data

FIRMA\*

\_

Allega:

Fotocopia di un documento di identità Curriculum vitae

*(\*)firmare digitalmente nel caso di trasmissione per PEC*