**All. 2 (Dichiarazione sostitutiva)**

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Donadoni Via P. Faccanoni 13

24067 – Sarnico (BG)

Il/la sottoscritto/a nato/a \_ il e residente in via cap

consapevole

ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. 445/2000, della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione lo scrivente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

DICHIARA

di partecipare alla gara per l’affidamento del servizio di medico competente per l’esercizio della sorveglianza sanitaria dell’Istituto Comprensivo E. Donadoni di Sarnico (BG) e di avere i seguenti requisiti richiesti:

1. cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;
2. godimento dei diritti civili e politici;
3. non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
4. non essere sottoposto a procedimenti penali;
5. essere in possesso dei titoli richiesti per espletare l’incarico, titolo di studio: laurea in medicina e chirurgia,

specializzazione in medicina del lavoro;

1. iscrizione all’albo professionale,
2. dichiarazione di disponibilità che dovrà contenere, oltre ai dati anagrafici, un esplicito impegno a poter svolgere l’attività di medico competente del lavoro, rendendosi disponibile per ogni tipologia di servizio richiesto ed afferente l’incarico ricoperto.
3. dichiarazione attestante la regolarità contributiva.

Dichiara inoltre le seguenti Esperienze di medico competente:

|  |  |
| --- | --- |
| Esperienze di medico competente in Istituti scolastici.  Riportare, le esperienze maturate  con l’indicazione del periodo e dell’Istituto scolastico. | 1) |
| 2) |
| 3) |
| 4) |
| 5) |
| Esperienze di medico competente in enti pubblici e/o privati.  Riportare, le esperienze maturate  con l’indicazione del periodo e dell’ente pubblico  e/o privato. | 1) |
| 2) |
| 3) |
| 4) |
| 5) |

Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni contenute nell’avviso di cui alla presente domanda.

A tal fine allega

* Curriculum vitae in formato europeo dal quale risulti il possesso dei requisiti culturali e professionali necessari per l’espletamento del servizio, come previsto dall’art. 38 del D.Lgs. n. 81/2008 e in parte riportati e integrati dall’art.3 del presente bando.
* Offerta economica PRESTAZIONE e IMPORTO RICHIESTO
* altra documentazione utile alla valutazione (specificare)

Il/la sottoscritto/a, ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e successivo G.D.P.R. n. 679/2016, dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti, con particolare riguardo a quelli definiti “sensibili” dell’art. 4, comma 1 lettera d) del D.Lgs. n. 196/03 successivo G.D.P.R. n. 679/2016 per le finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.

, / / Firma

INFORMAZIONI RICHIESTE PER L’ACQUISIZIONE DEL DURC AI SENSI DELLA LEGGE 12 NOVEMBRE 2011, N. 183 DA

PARTE DELLA P.A.

|  |  |
| --- | --- |
| Impresa |  |
| Sede legale |  |
| Sede operativa |  |
| Codice fiscale/partita IVA |  |
| Indirizzo e-mail |  |
| Indirizzo PEC |  |
| CCNL applicato |  |