Schema di domanda

# Al

# Comune di Scano di Montiferro

# P.zza Montrigu de Reos, 16

# 09078 SCANO DI MONTIFERRO (OR)

**Oggetto: Domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse per il conferimento di incarico di Medico Competente ai fini della Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro.** **Smart C.I.G.: ZD8237A4A0**

II/La sottoscritto/a COGNOME: NOME: NATO/A A IL

PROV. STATO C.F.

Attualmente residente in C.A.P.

PROV. INDIRIZZO TELEFONO: EMAIL PEC

# CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla manifestazione di interesse per il conferimento dell'incarico di Medico Competente del Comune di Scano di Montiferro come specificato nell'avviso.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi degli artt. 483, 495, 496 del Codice Penale e delle leggi speciali in materia

# DICHIARA

* Di essere in possesso, a pena di esclusione, dei seguenti requisiti:

# (Barrare le caselle)

* + Cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
  + Di godere dei diritti civili e politici;
  + Di non essere nelle condizioni di incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione previste dall’art. 80 del D.lgs 50/2016;
  + Di essere in possesso del seguente Titolo di studio
  + Di possedere la capacità ed i requisiti professionali previsti dall'art. 38 del D.Lgs. n. 81/2008 nonché i mezzi idonei allo svolgimento dell'incarico;
  + Di essere iscritto sulla piattaforma Sardegna CAT categoria: AE32 - SERVIZI SORVEGLIANZA SANITARIA DEI DIPENDENTI con sede nella provincia di Oristano

Per i soggetti di cui all'art. 3 co. 2 dell'avviso:

* + Di essere stato individuato quale medico che svolgerà l'incarico di Medico Competente dal sotto indicato soggetto giuridico:

(indicare tutti i dati identificativi)

* + Di aver preso cognizione e di accettare integralmente ed incondizionatamente quanto previsto dall'avviso per lo svolgimento dell'incarico;

II/La sottoscritto/a inoltre allega alla domanda:

* 1. Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445/2000.

Luogo e data .........................................................

Firma,