**Allegato C – Dichiarazione sostitutiva Medico competente**

Al Comune di San Vitaliano

Alla c.a. del Responsabile del Servizio Personale

A mezzo pec: protocollo.comunesanvitaliano@pec.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA NOMINA A MEDICO COMPETENTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_, Peo (posta elettronica ordinaria) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pec (posta elettronica certificata) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000 e

**PRESO ATTO**

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nell’Avviso cui il presente atto inerisce

**DICHIARA**

1. l’insussistenza in suo capo delle cause di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 d.lgs. n. 36/2023;
2. l’insussistenza delle cause automatiche di esclusione di cui all’articolo 94 commi 1 e 2 d.lgs. n. 36/2023 in relazione a tutti i soggetti indicati al comma 3 del citato articolo;
3. l’insussistenza delle cause non automatiche di esclusione di cui all’articolo 98 d.lgs. n. 36/2023 in relazione ai soggetti di cui al punto precedente;
4. l’assenza della causa di incompatibilità di cui all’art. 53, comma 16-ter, D. Lgs. 165/2001;
5. di possedere alla data di presentazione della domanda i seguenti requisiti ai sensi dell’art. 2 dell’avviso per la nomina del medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria ed in particolare:
   1. **REQUISITI GENERALI**:

* di possedere la cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell’Unione Europea, in possesso dei seguenti ulteriori requisiti, ex art. 3 D.P.C.M. n. 174/1994:
* Godimento dei diritti civili e politici negli Stati di appartenenza o di provenienza;
* di essere in pieno godimento dei diritti e politici;
* di non essere interdetto, inabilitato o condannato ad una pena che comporta l’interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici o l’incapacità ad esercitare uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
* di non aver riportato condanne penali e/o provvedimenti restrittivi per procedimenti penali in corso, di decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* di non aver riportato negli Stati esteri condanne penali o altri provvedimenti sanzionatori per fattispecie corrispondenti a quelle che comporterebbero, secondo la legge italiana, la perdita dei citati requisiti generali;
* di non essere in corso di provvedimenti disciplinari da parte dell’Ordine professionale di appartenenza;
  1. **REQUISITI PROFESSIONALI**:
* di possedere la Laurea in Medicina;
* di possedere il Titolo di specializzazione in Medicina del Lavoro o in Medicina Preventiva dei Lavoratori e Psicotecnica; ovvero Docenza in Medicina del Lavoro o in Medicina Preventiva dei Lavoratori e Psicotecnica o in Tossicologia Industriale o in Igiene industriale o in Fisiologia e Igiene del Lavoro o in Clinica del Lavoro; ovvero Autorizzazione di cui all’articolo 55 del D. Lgs. 277/1991; ovvero Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva o in Medicina Legale ai sensi dell’art. 38 d.lgs. 81/2008;
* di essere in regola con il programma di educazione continua in medicina ai sensi del d.lgs. 229/1999 e successive modificazioni e integrazioni;
* di essere iscritto/a all'Albo/Ordine Professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto/a nell'elenco dei Medici Competenti presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;
* di aver maturato esperienze nel settore e, quindi, contratti analoghi stipulati con Enti e/o Società partecipate.
* di aver stipulato polizza professionale con la Società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. di polizza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con massimale in €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell’Avviso e nella relativa documentazione;
* di aver preso visione e di aver compreso l’informativa sul trattamento dei dati di cui all’Avviso e di accettare il trattamento dei dati personali in esso riportato;
* la presente dichiarazione costituisce prova di possesso dei requisiti di partecipazione generali e speciali richiesti per la presente nomina, che dovranno essere specificatamente dichiarati; l’ente provvederà alla verifica in occasione della nomina;
* di essere a conoscenza che la presente domanda non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo il Comune di San Vitaliano, che sarà libero di seguire anche altre procedure, e che lo stesso Ente si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza vantare alcuna pretesa.

Si allegano:

* Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
* Fotocopia del codice fiscale;
* Curriculum professionale firmato con firma autografa o digitale. Inserire l’autorizzazione dei dati personali presenti nel curriculum vitae ai sensi del D. Lgs. 196/2003 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) nonché le dichiarazioni di veridicità dei dati riportati nel curriculum, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;

Data

Firma