ALLEGATO 1 (da compilare, sottoscrivere ed inviare )

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole che in caso di dichiarazione mendace verranno applicate le sanzioni previste dal Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art.76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

**CHIEDE**

Di partecipare alla:

**PROCEDURA DI SELEZIONE DEL MEDICO COMPETENTE IN MEDICINA DEL LAVORO, PER L’ESPLETAMENTO DEGLI ADEMPIMENTI RIGUARDANTI LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI E DEI LUOGHI DI LAVORO AI SENSI DEL D.LGS.VO 81/2008, MEDIANTE L’UTILIZZO DELL’ART. 7 DEL D.LGS.VO 165/2001 PER UFFICIO VIII AMBITO TERRITORIALE DI VERCELLI - U.S.R. PER IL PIEMONTE , SITO IN PIAZZA ROMA17 PER IL PERIODO DAL 01/01/2020 AL 31/12/2020**

DICHIARA

* Di aver preso visione dell’Avviso prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e dei relativi Allegati;
* Di essere nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero della cittadinanza di uno dei Paesi UE o extra UE) secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto o di esserne stato cancellato per le seguenti motivazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di godere dei diritti civili e politici
* Di non aver riportato condanne penali ovvero di avere riportato le seguenti condanne penali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di non avere procedimenti penali pendenti ovvero di avere i seguenti procedimenti penali pendenti:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere in possesso dei titoli culturali e professionali previsti dall’art. 38 D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.
* Di essere disponibile ad assumere, senza riserva, l’incarico di MEDICO COMPETENTE IN MEDICINA DEL LAVORO, PER L’ESPLETAMENTO DEGLI ADEMPIMENTI RIGUARDANTI LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI E DEI LUOGHI DI LAVORO presso l’AT di Vercelli per il periodo 01/02/2020 – 31/12/2020

Si allegano alla presente il Curriculum Vitae Europeo/Europass debitamente sottoscritto, il Curriculum Vitae in formato privacy (aggiornati al 2019) e copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Privacy UE 2016/679 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

(Firma leggibile per esteso)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_