**ALLEGATO 1**

**(da compilare, sottoscrivere ed inviare)**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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. N. 81/2008, MEDIANTE L’UTILIZZO DELL’ART. 7 DEL D.LGS. N. 165/2001 PER L’UFFICIO VIII AMBITO TERRITORIALE DI VERCELLI - U.S.R. PER IL PIEMONTE, SITO IN PIAZZA ROMA 17 A VERCELLI, PER IL PERIODO DAL 01/01/2024 AL 31/12/2024.

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell’Avviso prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e dei relativi Allegati;

- di essere nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 iscritta/o nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritta/o o di esserne stata/o cancellata/o 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 del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.;

- di essere iscritta/o all’Albo dell’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere in possesso dei seguenti titoli o requisiti:

☐ specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica. Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ 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. Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.

Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ iscrizione all’elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Specificare n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

- 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’UFFICIO VIII AMBITO TERRITORIALE DI VERCELLI PER IL PERIODO DAL 01/01/2024 AL 31/12/2024.

Si allegano alla presente il Curriculum Vitae Europeo/Europass, recante autorizzazione al trattamento dei dati personali, debitamente sottoscritto, aggiornato al 2023, e copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

La/Il sottoscritta/o esprime il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto della normativa sulla privacy per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

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

 IL DICHIARANTE

 (Firma leggibile per esteso)

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