

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 DPR 28/12/2000, NR.445)

Il/la sottoscritto/a.....
 Codice fiscale.....
 Nato/a il.....a.....(.....)
 Residente a..... via/piazza.....nr.....
 Cittadinanza

In merito alla procedura comparativa per l'individuazione di idoneo Professionista con cui stipulare una convenzione relativa all'incarico congiunto di "Dirigente il Servizio Sanitario Regionale" e "Medico Competente di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, nr. 81 "Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" - per le esigenze del Comando Regionale Friuli Venezia Giulia della Guardia di Finanza di Trieste e dei Reparti dipendenti, per l'anno 2016 , consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni a mendaci dichiarazioni, sotto la sua responsabilità (art. 76 del DPR 445/2000),

DICHIARA

- di essere cittadino italiano ovvero di possedere i requisiti alternativi di cui all'art. 11 del DPR n. 761/79;
- essere in possesso dell'idoneità fisica all'autonomo assolvimento di tutti gli incarichi derivanti dalla presente gara ;
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ numero d'iscrizione _____, data d'iscrizione _____;
- di essere iscritto all'albo dei medici competenti in possesso dell'abilitazione professionale istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali;
- di essere in regola con il versamento dei contributi all'ENPAM – Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri;
- di non aver / aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa (barrare le parti non d'interesse);
- di non essere / essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico¹;

COMUNICA

Il seguente indirizzo di posta elettronica certificata su cui autorizza l'Amministrazione ad effettuare tutte le comunicazioni inerenti la gara in argomento:

E-MAIL PEC: _____

Comunica qui di seguito l'ulteriore recapito presso cui risulta raggiungibile

Via _____ N. _____
 Città _____ Prov. _____
 C.A.P. _____
 Telefono _____
 e-Mail _____

 (luogo e data)

IL DICHIARANTE

N.B.:

La presente dichiarazione temporaneamente sostitutiva sarà sottoposta a controllo ed accertamenti d'ufficio secondo quanto previsto dal D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

¹ Nel caso in cui vi siano procedimenti penali a carico di qualsiasi natura si prega di specificarli con comunicazione a parte.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a.....Codice fiscale.....

Nato/a il.....a.....(.....)

Residente a..... via/piazza.....nr.....

In merito alla procedura comparativa per l'individuazione di idoneo Professionista con cui stipulare una convenzione relativa all'incarico congiunto di "Dirigente il Servizio Sanitario Regionale" e "Medico Competente di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, nr. 81 "Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" - per le esigenze del Comando Regionale Friuli Venezia Giulia della Guardia di Finanza di Trieste e dei Reparti dipendenti, per l'anno 2016 , consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni a mendaci dichiarazioni, sotto la sua responsabilità (art. 76 del DPR 445/2000),

DICHIARA

- di voler partecipare alla procedura in argomento, per l'affidamento degli incarichi sopra indicati;
- di aver preso visione di tutte le condizioni indicate nell'Avviso relativo alla procedura comparativa in parola, e nei relativi allegati e di accettarne incondizionatamente ed integralmente il contenuto;
- di **non essere** stato/a escluso/a dall'elettorato attivo, né di essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Amministrazioni Pubbliche;
- di non trovarsi nelle condizioni che prevedono l'esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento di servizi così come indicato dal disposto dell'art. 38 del D.Lgs. n. 163/2006 e in nessuna di quelle ulteriori indicate nel citato Avviso;
- che l'incarico in parola non è incompatibile – ai sensi della vigente normativa - con altre attività eventualmente svolte.
- Ai fini della determinazione del punteggio relativo dei requisiti/formativo professionali:
 - Di essere in possesso dei seguenti attestati di frequenza di specializzazione ed aggiornamenti relativi alla medicina del lavoro o alle altre materie indicate dall'art.38,comma 1, del D. Lgs. 81/2008, e s.m.i con valutazione o esame finale.di aver prestato i seguenti servizi presso le Pubbliche Amministrazioni, Gestori o Esercenti un Pubblico Servizio (specificare eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti):

nr.	CORSO	DAL	AL
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

- Di aver svolto Attività di docenza in corsi di formazione per lavoratori attinenti alla medicina del lavoro o alle altre materie indicate dall'art. 38, comma 1, del D. Lgs. 81/2008, con esclusione di quelli relativi all'art. 25, comma 1, lett. a) del D. Lgs. 81/2008 (attività formative per conto del datore di lavoro):

nr.	ATTIVITÀ
1	
2	
3	

4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

- Di aver maturato le seguenti esperienze lavorative ed incarichi attinenti la professione di medico non rientranti nella figura di Medico Competente presso aziende private o P.A. o aziende pubbliche con almeno 50 dipendenti.

nr.	AZIENDA	TIPO	DAL	AL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Legenda "TIPO" = Azienda Privata = **Priv** / Pubblica Amministrazione Azienda Pubblica **Pub** / altri incarichi **altro**
 In caso di spazio insufficiente continuare l'elencazione su un foglio a parte. Continua **si** **no**

- Di aver maturato le seguenti esperienze professionali presso P.A e/o aziende pubbliche e/o private, in qualità di Medico Competente nominato ai sensi del D.L.vo 626/1994 e Dlgs 81/2008.

nr.	AZIENDA	TIPO	DAL	AL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

Legenda "TIPO" = Azienda Privata = **Priv** / Pubblica Amministrazione Azienda Pubblica **Pub** / altri incarichi **altro**
 In caso di spazio insufficiente continuare l'elencazione su un foglio a parte. Continua si no

Note aggiuntive facoltative del dichiarante:

Dichiara di essere informato, ai sensi del D.Lgs. nr. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ (luogo e data)

IL DICHIARANTE

N.B.:

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

La presente dichiarazione temporaneamente sostitutiva sarà sottoposta a controllo ed accertamenti d'ufficio secondo quanto previsto dal D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.