

ALLEGATO 3

(autodichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

DIREZIONE REGIONALE INAIL SICILIA - AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE DI MEDICO AUTORIZZATO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente nel Comune di _____ Provincia _____ in Via _____, in qualità di _____ con sede in Via _____ del Comune di _____ Provincia _____ codice fiscale _____ Partita Iva n. _____ consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti

DICHIARA

- Il possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- Il godimento dei diritti civili e politici;
- L'assenza di condanne penali o di provvedimenti a carico riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- Di non avere in corso situazioni penali pendenti collegate a inadempienze gravi nell'ambito della propria attività, per effetto dei quali ne possa conseguire l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;
- L'insussistenza di cause di incompatibilità ed inconfiribilità per l'incarico di cui all'oggetto;
- L'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- Di non aver subito, da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni, compreso il presente;
- Di essere in regola con le norme disciplinanti l'attività in oggetto e di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione di cui al paragrafo "REQUISITI DI AMMISSIONE" dell'Avviso di avvio della procedura:

- _____
- _____

- Di dare garanzia della reperibilità e copertura durante la prestazione da svolgere;
- Di aver visionato tutta la documentazione di procedura e di accettarne integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri, in essa contenuti;
- Di rispettare la riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscere in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, si impegna altresì a non divulgare detti elementi, anche a fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'INAIL;
- Di non avere procedimenti penali in corso, per quanto a conoscenza dell'interessato;
- Di essere in regola con gli obblighi di contribuzione previdenziali/assistenziali dovuti *ex lege*. A tal fine altresì dichiara:

- **di essere** lavoratore autonomo / libero professionista;

- **di essere iscritto** all'albo professionale per l'attività di _____

- **di non essere iscritto** ad alcun albo professionale:

- **di essere iscritto alla GESTIONE SEPARATA INPS**, numero posizione INPS _____

Sede INPS competente _____

- di **non occupare** personale soggetto agli obblighi contributivi e assicurativi con INPS o INAIL;

- di **occupare** personale soggetto agli obblighi contributivi e assicurativi con INPS o INAIL;

INPS matricola: _____ **Sede INPS** competente _____

INAIL codice cliente numero _____ **Sede INAIL** competente _____

altra situazione _____

Il firmatario dichiarante allega alla presente la fotocopia del proprio documento di identità valido a tutti gli effetti di legge.

In fede: _____
(data) _____ (firma)