

**ALLEGATO 1**  
**(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 in Via \_\_\_\_\_  
del Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_  
con studio (o sede legale) in Via \_\_\_\_\_  
del Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di voler partecipare alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico di medico autorizzato nella qualità di:

- persona fisica
  - persona giuridica
- (barrare l'ipotesi che ricorre)

(solo nel caso di persona giuridica)

Partecipando nella qualità di persona giuridica il sottoscritto dichiara che il "medico autorizzato" è :

dott. \_\_\_\_\_

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

*In fede:* \_\_\_\_\_  
(data) \_\_\_\_\_ (firma)