

INAIL Direzione provinciale di Trento
Via Gazzoletti, 1
38122 TRENTO

OGGETTO: domanda di partecipazione alla procedura per il conferimento di un incarico di collaborazione per Medico competente.

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome) _____ (nome)

nato/a a _____ (_____), il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

(indicare il domicilio al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla selezione solo se diverso dalla residenza)

Tel. _____ Cell. _____;

codice fiscale _____ Partita IVA _____

indirizzo di posta elettronica / PEC _____

al quale si autorizza l'INAIL ad inviare via mail ogni comunicazione relativa al presente avviso;

D I C H I A R A

di essere disponibile all'effettuazione delle prestazioni indicate nell'avviso pubblico, accettando sin da ora tutte le clausole e le condizioni stabilite per l'espletamento dell'incarico.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445 e s.m.i.), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

D I C H I A R A

ai sensi degli articoli 38 comma 3, 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000

di essere attualmente in possesso dei seguenti requisiti (apporre un segno di spunta per ogni requisito posseduto)

- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere iscritto nell'elenco dei Medici in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 del D.Lgs. n.81/2008 presso il Ministero della Salute – Dipartimento della Sanità pubblica e dell'innovazione
- l'insussistenza di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività di cui all'oggetto e di cumulo di impieghi e incarichi ex art.53 del D.Lgs. 165/2001
- l'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione

- di non avere contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'INAIL;
- di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale;
- di essere autorizzato, se dipendente di Pubblica Amministrazione allo svolgimento delle prestazioni di che trattasi
- di non trovarsi in conflitto d'interesse con riferimento all'incarico;
- di non aver subito, da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento, negli ultimi cinque anni, compreso il presente;
- di non 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;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non avere in corso situazioni penali pendenti collegate a inadempienze gravi nell'ambito della propria attività, per effetto delle quali ne possa conseguire l'inabilitazione all'esercizio della stessa;
- di essere in regola (in caso di libero professionista) con gli obblighi di contribuzione previdenziali/assistenziali dovuti per legge;
- di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati ai fini del presente incarico e comunque nel rispetto del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i. e quindi ne autorizza il trattamento da parte dell'INAIL – SEDE REGIONALE DI AOSTA, anche ai fini degli adempimenti in materia di trasparenza degli incarichi conferiti dalle PP.AA.;
- di aver visionato tutta la documentazione di procedura e di accettarne integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri in essa contenuti;

D I C H I A R A inoltre,

ai sensi degli articoli 38 comma 3, 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000

di essere in possesso dei seguenti titoli preferenziali dettagliati nel curriculum allegato

***ESPERIENZE FORMATIVE :**

- Master universitari attinenti l'ambito dell'incarico in oggetto certificati da istituti Universitari in ambito comunitario

- Corsi, seminari, convegni (di qualsiasi durata) accreditati ECM, attinenti l'ambito dell'incarico in oggetto, con rilascio di attestato di partecipazione come docente effettuati interamente nel quinquennio antecedente la data del 10 luglio 2019 (periodo compreso tra il 10 luglio 2014 ed il 09 luglio 2019)

***ESPERIENZE PROFESSIONALI:**

di aver svolto attività di collaborazione nella branca specialistica richiesta con Pubbliche Amministrazioni

presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____

di aver svolto attività di collaborazione nella branca specialistica richiesta, in ambito privato

presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____
presso _____ dal _____ al _____

*le righe possono essere aggiunte a discrezione del partecipante

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'INAIL, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445, potrà effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

M A N I F E S T A

la propria disponibilità, in caso di nomina, ad assumere l'incarico di Responsabile del Trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito dell'esecuzione dell'incarico, ai sensi degli artt. 4 comma 1 lett. g) e 29 del D.Lgs. n. 196/2003

S I I M P E G N A

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza dell'incarico, se conferito, o nel periodo di vigenza della graduatoria.

La presente dichiarazione è costituita di n. _____ pagine (**apporre la propria firma anche sulle pagine precedenti**)

Si allega alla presente domanda:

Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità

Curriculum vitae in formato europeo

Patto di integrità

Altro: _____

IN FEDE

luogo, data

firma leggibile

Ai fini della validità della presente dichiarazione, oltre alla sottoscrizione del candidato, è necessaria una fotocopia di valido documento di identità.