

CARTA INTESTATA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER AFFIDAMENTO DI
INCARICO DI MEDICO COMPETENTE ALL'ORDINE DEI DOTTORI
COMMERCIALISTI E ESPERTI CONTABILI DI PISTOIA**

Il/La sottoscritto/a,
nato/a a (.....) il,
codice fiscale,
telefono, email

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'affidamento di un incarico per l'attività di Medico competente, come meglio descritto nell'avviso di selezione, e, in proposito, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000),

DICHIARA

- 1) di essere iscritto all'Albo dei Medici dell'Ordine provinciale di con numero
- 2) di essere iscritto nell'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali ai sensi dell'art. 38 del D.L. 81/2008;
- 3) di essere specializzato in medicina del lavoro ed in possesso di tutti i requisiti richiesti nell'avviso;
- 4) di essere in possesso della polizza assicurativa professionale a copertura dell'attività di medico competente;
- 5) di essere disponibile a sostenere un eventuale colloquio personale di orientamento;
- 6) di accettare le condizioni e le clausole contrattuali previste dall'avviso di selezione;
- 7) di autorizzare l'Ordine al trattamento dei dati personali per le finalità inerenti alla selezione, a norma del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni e del GDPR n. 679/2016.

Luogo e data

Firma

Allegati obbligatori:

- curriculum professionale
- fotocopia documento d'identità