

## Allegato 2

Al Dirigente scolastico

Istituto Comprensivo Senigallia Marchetti

### Dichiarazione sostitutiva di Certificazione

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente ne comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via, numero civico \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

### Dichiara

a) di essere cittadino italiano

ovvero

a) di essere cittadino .....

b) di godere dei diritti civili e politici;

c) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

d) di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;

e) di essere in possesso del C.F./P.I. \_\_\_\_\_

f) di essere in possesso di uno dei seguenti titoli o requisiti previsti dall'art. 38 del D.Lgs. n. 81/2008:

specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;

docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;

- autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;
- specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale;

Rilasciato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
da \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_

g) di non essere dipendente di altre pubbliche amministrazioni ovvero di essere dipendente di altre amministrazioni pubbliche (precisare)

---

h) di aver esaminato le condizioni contenute nell'Avviso di selezione, di accettarle integralmente e incondizionatamente senza riserva alcuna;

i) di aver prestato i seguenti incarichi in qualità di **medico competente** presso istituzioni scolastiche

1) incarico di durata ..... presso  
.....  
dal ..... al .....

2) incarico di durata ..... presso  
.....  
dal ..... al .....

3) incarico di durata ..... presso  
.....  
dal ..... al .....

4) incarico di durata ..... presso  
.....  
dal ..... al .....

5) incarico di durata ..... presso  
.....  
dal ..... al .....

6) incarico di durata ..... presso  
.....  
dal ..... al .....

- l) di essere in regola con gli adempimenti previsti per la fatturazione elettronica (solo per i lavoratori autonomi/liberi professionisti titolari di Partita Iva)

**L'indirizzo di posta elettronica cui far pervenire comunicazioni in relazione alla presente procedura è:**

---

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

È consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi in materia e che se, a seguito di controllo, emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_