

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 _____