

ALLEGATO "A"

Spett.le
DINTEC SCRL
Via Nerva, 1
00187 ROMA

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____

NOME _____ CODICE FISCALE _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

presa visione della procedura di selezione, mediante valutazione comparativa, finalizzata a individuare un soggetto esterno per il conferimento di un incarico di **“MEDICO COMPETENTE”** emanato dalla Società DINTEC SCRL (Avviso n. 02/2019)

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica indetta.

A tal fine il/la sottoscritto/a ai sensi degli artt. 46, 47, 48 e 38 del D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità ed a pena di esclusione dichiara di:

- essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- godere dei diritti civili e politici;
- non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti al casellario giudiziale, né avere procedimenti penali in corso;
- possedere i requisiti di ordine professionale previsti dall'art. 38 del Decreto legislativo n. 81/2008;
- aver svolto da almeno 10 anni servizi analoghi per enti pubblici con almeno n. 20 dipendenti.

Il/la sottoscritto/a elegge quale recapito ai fini di qualsiasi comunicazione inerente la selezione il seguente indirizzo:

PRESSO _____
INDIRIZZO _____ C.A.P. _____
COMUNE _____ PROV. _____ STATO _____
TEL.: _____ FAX: _____ E-MAIL:

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del recapito stesso.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

- 1) curriculum vitae contenente tutti gli elementi necessari per desumere in modo chiaro ed inequivocabile la presenza di tutti i requisiti di ammissibilità e di valutazione richiesti;
- 2) fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- 3) DGUE compilato elettronicamente (<https://ec.europa.eu/tools/espdc/filter?lang=it>) e firmato.

Luogo e data _____

Firma

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 relativo alla protezione dei dati delle persone fisiche.

Luogo e data _____

Firma
