

ALLEGATO 1
Modulo manifestazione di interesse

Al Direttore della Casa Circondariale di Bergamo

Via PEC: cc.bergamo@giustiziacert.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/ a
a _____ (____), il ____/____/____, (c.f. _____),
residente a _____ (____) in Via _____ n. _____
(c.a.p. _____), tel. _____ PEC _____
e-mail _____, con la presente manifesta il proprio interesse per la
procedura volta al conferimento dell'incarico di medico competente presso la Casa Circondariale di
Bergamo e pertanto

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per il conferimento dell'incarico di Medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria cd. Medico del Lavoro all'interno della Casa Circondariale di Bergamo, in ottemperanza al D.Lgs 81/2008, sino al 31.03.2029.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso atti falsi richiamate ai sensi del D.P.R. 445 del dicembre 2000, nonché della sanzione ulteriore prevista dall'art. 75 comma 1 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000: "Fermo restando quanto previsto dall'articolo 76, qualora dal controllo di cui all'articolo 71 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera."

DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'unione europea; o di godere dei diritti civili e politici;
- di 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 nel casellario giudiziale;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di possedere la Laurea Specialistica in _____, conseguita il _____, presso l'Università _____;
- di essere iscritto presso l'Ordine di _____ al Numero _____ a far data dal _____;
- di non avere situazioni di conflitto di interessi ex art. 53 c.14. D.Lgs. 165/2001;
- che non sussistono cause ostative o di incompatibilità a svolgere l'incarico di Medico competente;
- di essere in regola con il versamento dei contributi;
- di essere iscritto al MEPA con l'abilitazione commerciale di "servizi di sorveglianza sanitaria";

Si allega, curriculum vitae aggiornato all'anno corrente ad uso pubblicazione in formato pdf, preventivo di spesa, copia del documento di riconoscimento in corso di validità, Allegato 2 - dichiarazione sostitutiva relativa allo svolgimento di incarichi professionali ai sensi del D. Lgs. 33/2013;

Si autorizza al trattamento dei dati contenuti nella documentazione suddetta ai sensi del d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Luogo e data _____

Firma _____