

Al Signor Direttore della Terza Casa Circondariale di Rebibbia Roma
cc.rebibbia.roma@giustiziacert.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/ a
_____ il
_____ residente a _____
Via _____ n. ____ (c.a.p. _____) tel.
_____ e-mail _____
PEC _____
Titolo di Laurea posseduto Conseguito il _____ presso _____
Iscritto
all'Ordine di _____ al Numero _____;

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per il conferimento dell'incarico di Medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria all'interno della Terza Casa Circondariale di Rebibbia Roma, in ottemperanza al D.lgs. 81/2008, per due anni a decorrere dalla data di sottoscrizione della Convenzione.

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; o 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; o di possedere la Laurea Specialistica in _____, conseguita il _____, presso l'Università _____;
- di non avere situazioni di conflitto di interessi ex art. 53 c.14. D.lgs. 165/2001;

- di essere in regola con il versamento dei contributi.

Il presente modulo deve essere corredato della seguente documentazione:

1. Curriculum Vitae aggiornato all'anno corrente ad uso pubblicazione in formato pdf con indicazione dei titoli conseguiti;

2. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

3. Il proprio tariffario per le seguenti prestazioni: (indicare il costo della singola prestazione presentando eventuali offerte economiche per pacchetti personalizzati inclusivi di visite mediche e esami diagnostici):

- Indennità di nomina;
 - compenso aggiuntivo fisso a titolo di indennità di accesso per ogni ingresso in Istituto;
 - prezzo per visita medica al singolo lavoratore;
 - remunerazione per la visita agli ambienti di lavoro;
- Onorario richiesto per i seguenti esami diagnostici:
- esame audiometrico;
 - esame spirometrico.

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).

Distinti saluti.

Luogo e data _____ Firma _____