

Al Signor Direttore dell'UDEPE SALERNO

Il sottoscritto dr. _____ nato a _____

il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ (c.a.p. _____)

tel. _____ e-mail _____

pec _____

laureato in _____

iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di _____

specializzato in _____

chiede di essere incluso per l'anno _2025 nella graduatoria di Medico Competente per il servizio di sorveglianza sanitaria, in ottemperanza al D.Lgs. 81/2008, all'UDEPE SALERNO per gli uffici di Salerno, Benevento ed Avellino.

All'uopo dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.Lgs. n.445/2000 quanto segue:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non avere riportato condanne penali e di 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 essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- di aver preso atto delle tariffe contenute nell'avviso pubblico;
- di non incorrere nelle cause di esclusione previste dagli art. 94, 95, 98 del d.lgs 36/2023 e dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici – Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di _____.

Si allega scheda di valutazione e la relativa documentazione /autocertificazioni dei titoli e punteggi dichiarati.

Lì, _____

Firma