

## SCHEMA DI DOMANDA

All' Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Livorno  
via Michon n°8 – 57126 Livorno

### **Domanda di partecipazione**

   I sottoscritt    Dott./Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_  
nat a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

#### **ch i e d e**

di partecipare alla selezione per il conferimento dell'incarico di Medico Competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria dei dipendenti di codesto Ordine ai sensi dell'articolo 18 comma 1 del D. Lgs. 81/20018 e successive modifiche.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR 445/00), ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000

#### **d i c h i a r a**

- 1) di essere iscritto presso codesto Ordine dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_ dell'Albo dei Medici Chirurghi;
- 2) di essere iscritto nell'elenco dei Medici Competenti dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in regola con le normative vigenti;
- 3) di avere preso visione del documento di valutazione dei rischi di codesto Ordine;
- 4) di non trovarsi in alcuna condizione di incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione (come specificato dall'art. 38 del D. Lgs. 163/2006).
- 5) di aver svolto attività di Medico Competente presso le seguenti pubbliche amministrazioni e/o ditte: \_\_\_\_\_
- 6) di svolgere attualmente attività di Medico Competente presso le seguenti pubbliche amministrazioni e/o ditte: \_\_\_\_\_
- 7) di essere assicurato per la responsabilità civile professionale con polizza n° \_\_\_\_\_ presso la compagnia: \_\_\_\_\_

#### **p r o p o n e**

per lo svolgimento dell'attività di Medico Competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria dei dipendenti di codesto Ordine al costo di euro \_\_\_\_\_ (in lettere) \_\_\_\_\_ annui, IVA ed ogni altro onere compreso.

Allega:

- 1) copia della carta d'identità o passaporto;
- 2) copia della polizza per la responsabilità civile professionale.

   I sottoscritt \_\_\_\_\_ autorizza l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Livorno al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ai fini della gestione della presente procedura.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_