**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

**Il/La sottoscritto/a**
Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_**) il** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Residente in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**1. POSSESSO DEI TITOLI ABILITATIVI RICHIESTI**

✔ di essere in possesso della **Laurea in Medicina e Chirurgia**, conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

✔ di essere **specializzato/a in Medicina del Lavoro o disciplina equipollente**, con titolo conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

✔ di essere **iscritto/a all’Ordine dei Medici-Chirurghi della provincia di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, dal** \_\_\_\_\_\_\_ ;

✔ di essere **inserito/a nell’elenco nazionale dei Medici Competenti** ai sensi dell’art. 38 del D.Lgs. 81/2008;

✔ di essere **in regola con l’aggiornamento professionale obbligatorio** e di aver frequentato i seguenti corsi di aggiornamento in materia di sicurezza sul lavoro negli ultimi tre anni:

* Corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ente erogatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ente erogatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ente erogatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ente erogatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE OSTATIVE**

✔ di **non avere condanne penali**, procedimenti penali in corso o misure interdittive che impediscano l'esercizio della professione;

✔ di **non trovarsi in situazioni di incompatibilità o conflitto di interessi** con l’incarico di Medico Competente ai sensi della normativa vigente;

✔ di **essere in possesso di idonea copertura assicurativa** per la responsabilità professionale relativa all’attività di Medico Competente.

**ALLEGATI**

Alla presente dichiarazione si allegano:

* Copia del documento di identità in corso di validità;

Si precisa che, se individuato/a quale assegnatario/a dell’incarico, la S.V., prima della firma del contratto, dovrà presentare copia dei titoli dichiarati.

|  |  |
| --- | --- |
| Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |