

Modello A

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: _____

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
