

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL' I.C. "OSCAR DI PRATA" DI  
TRENZANO

**DICHIARAZIONE**

**SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA AL MEDICO COMPETENTE, AI SENSI  
DEL D.LGS. N. 81/2008 E SS.MM.II.**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 18/12/2000 n. 445e ss.mm.ii.:

- Il possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea.
- Il godimento dei diritti civili e politici.
- L'assenza di condanne penali e di provvedimenti restrittivi per procedimenti penali in corso, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale.
- Il titolo di studio: diploma di laurea in medicina conseguito il \_\_\_\_\_  
Presso \_\_\_\_\_
- Il possesso del titolo (art.38 D.Lgs 81/2008) \_\_\_\_\_  
Conseguito presso \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_
- Iscrizione nell'elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero della Salute  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Le seguenti esperienze maturate nel settore (specificare Amministrazione, data di inizio e fine incarico):
  1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 3. -----
- 4. -----
- 5. -----
- 6. -----
- 7. -----
- 8. -----

- di essere in possesso di Regolarità Contributiva ai sensi dell'art. 7, comma 1 D.M. 24/10/2007;
- di essere in possesso di regolarità fiscale.
- Dichiaro ai sensi dell'art 13 del D. Lgs. n.196/2003, di esprimere il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti, con particolare riguardo a quelli definiti "sensibili" dall'art. 4, comma 1 lettera d) del D.lgs n.196/03 per le finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.
- allego alla presente la fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 del DPR n. 445/2000.

DATA E LUOGO

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_