

ALLEGATO A**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**
(artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

**Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico Statale G.Ancina
Fossano**

Oggetto: istanza di candidatura per incarico di Medico Competente

Da parte di una società indicare:

Ragione Sociale	
P.IVA	
Indirizzo	
Tel. / Fax	
Email	
Pec	
Carica Ricoperta	
Nome	
Cognome	
Data nascita	
Luogo Nascita	
Codice fiscale	
Medico competente designato	Cognome Nome

Da parte di una persona fisica indicare:

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice Fiscale	
P.IVA	
Indirizzo	
Telefono /Fax	
Email	
Pec	

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente presso il Liceo Scientifico Statale "G.Ancina" di Fossano, in riferimento all'avviso del 16/09/2022.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. 445/2000; ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

– Attività di formazione a favore del personale scolastico e non:

dal _____ al _____ n° ore _____ presso: _____
dal _____ al _____ n° ore _____ presso: _____
dal _____ al _____ n° ore _____ presso: _____
dal _____ al _____ n° ore _____ presso: _____
dal _____ al _____ n° ore _____ presso: _____
dal _____ al _____ n° ore _____ presso: _____
dal _____ al _____ n° ore _____ presso: _____
dal _____ al _____ n° ore _____ presso: _____

– Collaborazioni alla Redazione di Documenti di Valutazioni del Rischio esclusivamente presso Istituzioni Scolastiche:

Istituzione Scolastica: _____ n. DVR : _____
Istituzione Scolastica: _____ n. DVR : _____
Istituzione Scolastica: _____ n. DVR : _____
Istituzione Scolastica: _____ n. DVR : _____

– **Di richiedere i seguenti compensi al lordo di ogni contributo fiscale, previdenziale ed assistenziale secondo la normativa vigente:**

PRESTAZIONE	IMPORTO LORDO RICHIESTO
-incarico calcolato su base annuale (anni 1) medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie	importo calcolato su base annuale (anni 1) lordo €. _____
-visita medica per accertamento idoneità al lavoro	Importo lordo per ciascuna visita €. _____
-visita oculistica per addetti ai video terminali	importo lordo per ciascuna visita €. _____
- visita medica per personale ai sensi delle linee guida della Regione Piemonte sul controllo del consumo di alcol durante l'attività lavorativa	importo lordo per ciascuna visita €. _____
- formazione del personale	importo orario lordo €. _____

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi della normativa vigente, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma

In luogo dell'autenticazione della firma si allega alla presente copia fotostatica del documento di identità.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. La presente dichiarazione ha validità di 6 mesi (art.41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art.37 D.P.R. 445/2000.

Data

Firma