

Marca da bollo
pari ad

€uro 16,00.-

(dovuta come indicato nella
tabelle A del D.P.R. 642/1972)

RACCOMANDATA A.R
e/o
PEC

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI BOLZANO**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____
nato/a in _____ Prov. _____ il _____
iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi dal _____ al n. _____
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e
mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 445 del
28.12.2000)

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28.12.2000, di essere in possesso dei
seguenti requisiti e/o titoli professionali (**barrare la voce specifica**):

1. Specializzazione in:

- Medicina del lavoro conseguita
il _____ presso _____
- Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica conseguita
il _____ presso _____

2. Docenza in:

- Medicina del lavoro
- Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
- Tossicologia industriale
- Igiene industriale
- Fisiologia e igiene del lavoro
- Clinica del lavoro

3. **Autorizzazione** ex art. 55 D. Lgs. 277/1991

- rilascio autorizzazione

il _____ da _____

4. **Specializzazione** in:

- Igiene e medicina preventiva conseguita

il _____ presso _____

- Medicina legale conseguita

il _____ presso _____

- di aver svolto attività di medico competente, per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori al 15/05/2008 (data di entrata in vigore del D.Lgs. 81/08) dal _____ al _____ presso _____, come da attestazione inviata alla Regione di _____

5. **Requisiti** cui all'art. 38. comma 1, d-bis) appartenente al ruolo dei sanitari:

- Forze Armate
- Polizia di Stato
- Guardia di Finanza

di aver svolto attività di medico nel settore del lavoro, per almeno quattro anni dal

_____ al _____ presso _____

con incarico specifico di servizio di _____

6. **Master abilitante** per le funzioni di medico competente:

- Diploma di Master di II livello conseguito

il _____ presso _____

CHIEDE

l'inserimento nell'elenco provinciale dei medici Competenti in materia di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di:

- essere già iscritto nell'elenco nazionale dei medici competenti, istituito presso il Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (D.M. 4 marzo 2009) - (depositare copia della relativa domanda);

- essere informato ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 della legge 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nonché per gli adempimenti amministrativi ad esso conseguenti;
- di essere a conoscenza che l'Ordine si riserva il diritto di procedere d'ufficio a verifiche, anche a campione, in ordine alla veridicità delle dichiarazioni;
- di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, decadrà dall'iscrizione dell'elenco provinciale dei medici competenti istituito presso l'Ordine.

Luogo e data

Firma

Indicare l'indirizzo che sarà pubblicato nell'elenco:

Si precisa che l'elenco dei Medici Competenti viene pubblicato sulla Homepage ed è accessibile a tutti i cittadini e/o pazienti:

Indirizzo dell'ambulatorio _____

Telefono _____

Indirizzo E-Mail _____

Indirizzo PEC (obbligatorio) _____

(Data)

(Firma)

Allegare copia documento d'identità