

Trieste, _____

Spett.le
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Trieste
Piazza Carlo Goldoni, n. 10
34122 TRIESTE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ Provincia di _____ residente a _____
provincia di _____ via/piazza _____ n. _____ c.a.p. _____ iscritto/a
all'albo dei medici chirurghi della provincia di Trieste consapevole della responsabilità e delle conseguenze
civili e penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, in
caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi e consapevole altresì che qualora emerga la
non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il dichiarante decadrà dai benefici per i quali la
stessa è rilasciata, **ai fini dell'iscrizione nell'elenco provinciale dei medici competenti** istituito presso
quest'Ordine, ai sensi del D.l.g.s. n. 81 del 9 aprile 2008;

DICHIARA

di possedere i requisiti previsti dall'art. 38 del d.l.gs n. 81 del 9 aprile 2008 e i seguenti titoli professionali
(barrare la voce specifica) :

Specializzazione in:

Medicina del lavoro conseguita il _____ presso _____;

Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica conseguita il _____ presso _____;

Docenza in :

Medicina del lavoro

Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica

Tossicologia industriale

Igiene Industriale

Fisiologia e igiene del lavoro

Clinica del lavoro;

Autorizzazione ex art. 55 D.Lgs. 277/1991;

Specializzazione in:

Igiene e medicina preventiva conseguita il _____ presso _____

Medicina legale conseguita il _____ presso _____

che abbiano svolto l'attività di medico competente per almeno un anno nell'arco dei tre anni antecedenti
l'entrata in vigore del D. Lgs. N. 81/2008 dal _____ al _____ presso

_____ con incarico specifico di servizio di
_____;

Attestazione di percorso formativo universitario conseguito il _____ presso
_____ con numero di CFU pari a 60 o a 30, per coloro che sono in possesso
del titolo di specializzazione in Igiene e medicina preventiva o in Medicina legale, che **non hanno**

svolto l'attività di medico competente per almeno un anno nell'arco dei tre anni precedenti l'entrata in vigore del D.Lgs. n. 81/2008.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di:

- 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
