

Spett.le **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**
Direzione Generale della tutela delle condizioni di lavoro e delle relazioni industriali
Divisione III
Via Forno 8, 00192 - ROMA

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ESAME DI ABILITAZIONE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI MEDICI AUTORIZZATI

(da presentare in carta libera entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello in cui si vuole sostenere l'esame)

Il/La sottoscritt _____
nat ___ a _____ Il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Domiciliat ___ a _____ CAP _____ Via _____ n. _____
Telefono _____ Fax _____ Cell. _____ Email _____

CHIEDE

- che ogni comunicazione gli venga inoltrata al seguente in indirizzo di Posta Elettronica Certificata _____ (spazio da riempire solo nel caso in cui si decida di inviare la presente domanda tramite PEC),
- di essere ammess ___ a sostenere l'esame di abilitazione per l'iscrizione nell'elenco nominativo dei medici autorizzati, ai sensi del Decreto Legislativo 230/95 e s.m.i., Allegato V.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere cittadin ___ italian ___ altro (specificare) _____
2. di godere dei diritti politici e di non essere interdett ___
3. di possedere il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita in data _____, presso l'Università _____
4. di possedere il titolo di medico competente ai sensi dell'art. 38 del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.
5. di possedere _____ conseguita presso _____ il _____ (specificare il titolo tra quelli indicati all'art. 38, c. 1, lett. a), b), c), d) del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.
6. solo per i candidati in possesso dei titoli di cui all'art.38, comma 1, lett. d) del d.lgs. n.81/2008 e s.m.i. (specialisti in igiene e medicina preventiva o in medicina legale):
 - che all'entrata in vigore dell'art. 38, comma 2, del D. Lgs. n. 81/2008 svolgeva attività di medico competente o l'aveva svolta per almeno un anno nell'arco del triennio precedente presso _____ e di aver inviato alla Regione attestazione del datore di lavoro comprovante l'espletamento di tale attività;
ovvero
 - che ha conseguito il Master universitario abilitante alle funzioni di medico competente presso _____ il _____.

Il/La sottoscritt _____ è a conoscenza che, in caso di dichiarazioni false e mendaci, sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Il/La sottoscritt _____ autorizza, ai sensi dell'art.23 del D.lgs.196/2003, il trattamento dei dati personali ai fini dell'espletamento dell'esame e per la successiva eventuale iscrizione negli elenchi e la loro comunicazione a chiunque ne abbia interesse, anche per via telematica.

_____, Li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Si allega:

- Ricevuta del versamento di 200,39EUR da effettuarsi presso la sezione di Tesoreria Provinciale dello Stato competente per territorio (provincia di residenza del candidato), oppure tramite conto corrente intestato alla predetta sezione con l'indicazione, nella causale del versamento, dell'imputazione al "Capo XXVII, capitolo di entrata 3670, art.4 - Versamento in conto competenza". Si fa presente che il versamento in questione puo' essere effettuato anche mediante bonifico bancario a favore della sezione di Tesoreria Provinciale dello Stato competente per territorio (provincia di residenza del candidato) utilizzando i codici IBAN presenti sul sito del ministero dell'economia e delle finanze www.Rgs.Mef.Gov.It - Tesoreria dello Stato - codici iban (il candidato è tenuto a produrre la quietanza dell'eseguito bonifico e non la ricevuta della presa in carico)
- Copia di un documento di riconoscimento valido

Note: La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

Il modulo deve essere obbligatoriamente compilato in modalità digitale cliccando sugli appositi spazi e successivamente inviato all'indirizzo di posta elettronica o PEC dell'ufficio competente.