

**RICHIESTA DI INSERIMENTO  
NELL'ELENCO PROVINCIALE DEI MEDICI COMPETENTI  
IN MATERIA DI TUTELA E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO**

All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della provincia di Sassari

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi dal \_\_\_\_\_ al numero d'Ordine \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, 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. Specializzazione in:

Igiene e Medicina Preventiva conseguita il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Medicina Legale conseguita il \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

di avere 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. n. 81/08)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

come da attestazione inviata alla Regione Sardegna.

- Diploma di Master di II livello abilitante per lo svolgimento delle funzioni di Medico  
Competente:  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

4. Requisiti di cui all'art. 38 *comma 1, d-bis* del D.Lgs. n. 81/08: attività di medico nel settore del lavoro, per almeno quattro anni, con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari appartenenti a:

- Forze Armate  
 Arma dei Carabinieri  
 Polizia di Stato  
 Guardia di Finanza

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

con incarico specifico di servizio di \_\_\_\_\_

5. Autorizzazione ex art. 55 D.Lgs. n. 277/91

- Rilascio autorizzazione (BURAS n. 26 del 10/05/1993)

### **CHIEDE**

**l'inserimento nell'Elenco Provinciale dei Medici Competenti in materia di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro istituito presso codesto Ordine.**

Il/La sottoscritto/a 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*);
- di essere a conoscenza che l'Ordine si riserva il diritto di procedere di ufficio a verificare, 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 dall'elenco provinciale dei Medici istituito presso l'Ordine.

**Il/La sottoscritto/a pertanto comunica i seguenti dati da pubblicare nell'Elenco Provinciale dei Medici Competenti istituito presso codesto Ordine:**

cognome: \_\_\_\_\_

nome: \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_

cap: \_\_\_\_\_ città: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_

cellulare: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**N.B. Alla domanda presentata, da persona diversa dal richiedente o a mezzo di servizio postale e fax, deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**