



Dott. Pier Franco Canalis

MEDICO DEL LAVORO

ALLEGATO A

ALL'ORDINE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA  
PROVINCIA DI SASSARI  
VIA CAVOUR 71/B  
07100 SASSARI  
PEC: [ordine.ss@pec.omceo.it](mailto:ordine.ss@pec.omceo.it)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETÀ  
(articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CANALIS PIER FRANCO nato a SASSARI

il 04/11/1972

codice fiscale CNL PFR 725041452E partita IVA 02025010907 d\_

con studio in via CARLO FELICE a SASSARI, n. 48/D

CAP 07100 tel. 079.28.06.86 cell.n. 338.8768238 fax ✓

e mail segreteria@medicoazienda.it posta elettronica certificata (PEC) medicoazienda@pec.it

in relazione all'incarico professionale avente ad oggetto lo svolgimento dell'incarico di "**Medico Competente**" ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs 626/96 – a favore dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari per l'anno 2024 - consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di essere cittadino/a italiano/a, ovvero di essere in possesso della cittadinanza di uno degli stati non comunitari in possesso del permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente e in corso di validità, nonché, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica e di conoscenza adeguata della lingua italiana;
2. di godere di diritti civili e politici;
3. l'insussistenza di cause di esclusione di cui all'art. 94 e 95 del D.Lgs 36/2023;
4. l'inesistenza di situazioni che determinino l'incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
5. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di pronunzie civili o provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;



Dott. Pier Franco Canalis

MEDICO DEL LAVORO

6. di non avere pendente nei propri confronti procedimenti per l'applicazione di una delle misure di prevenzione o di una delle cause ostative previste dal D. Lgs n. 159/2011 (cd. Codice Antimafia);
7. di non aver riportato condanne penali, anche non definitive, per reati contro la P.A. (Titolo II codice penale) e/o di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
8. di non essere a conoscenza di indagini penali a proprio carico;
9. di non versare in situazione di incompatibilità nonché di conflitto di interessi con l'Ordine;
10. di essere in possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale per l'espletamento dell'incarico indicato nella lettera di affidamento suindicata di particolare e comprovata esperienza correlata alla materia oggetto della prestazione richiesta;
11. di essere iscritto all'Ordine dei MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI SASSARI da almeno cinque anni: al n. 4357 dal 28/09/1995 (specificare data e numero di iscrizione \_\_\_\_\_);
12. di non avere procedimenti disciplinari pendenti o essere sottoposti a sanzione disciplinare;
13. di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi presso la Cassa previdenziale del proprio Ordine professionale e di mantenere le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative presso la:  
Cassa ENPAH Codice 300234658Q;
14. di essere in possesso di polizza assicurativa R.C. professionale;
15. di impegnarsi a svolgere l'incarico personalmente;
16. di essere in possesso di un'organizzazione propria per l'espletamento del servizio;
17. di avere, nel complesso, preso conoscenza della natura del servizio e di tutte le circostanze generali, e particolari, che possono influire sia sull'esecuzione del servizio, di ritenere adeguato remunerativo il compenso;
18. di riconoscere ed accettare che la sottoscrizione del contratto per lo svolgimento dell'incarico professionale non comporta il diritto ad essere affidatario di ulteriori incarichi se non a seguito di specifico atto di conferimento di incarico, né il diritto ad ottenere alcuna remunerazione in difetto di specifico conferimento;
19. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Regolamento (Ue) 2016/679, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allegano:

- **curriculum vitae** aggiornato sottoscritto digitalmente e redatto secondo il DPR n. 445 /2000 nella quale siano indicati il titolo di studio, l'iscrizione all'Ordine professionale e gli aspetti più qualificanti del proprio percorso professionale, quali il possesso della particolare e comprovata esperienza strettamente correlata alla materia oggetto della prestazione e ogni altro elemento attinente con il servizio oggetto di affidamento, anche a favore di Enti pubblici;
- **copia** fotostatica non autenticata, di **documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli art. 38, 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Si prende, altresì, atto che:

**Il titolare del trattamento** è l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Sassari, Via Cavour 71/B;



**Dott. Pier Franco Canalis**

MEDICO DEL LAVORO

**Il Responsabile del procedimento contrattuale** è il Presidente pro tempore dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Sassari.

Luogo e Data SASSARI, 12/01/1972

Firma Pier Franco Canalis

Si allega documento di identità