

Modulo a)

## ISTANZA

**per la partecipazione alla procedura comparativa per la nomina di Consulente medico legale del distretto socio-sanitario D27 nell'ambito dell'attivazione dei progetti di utilità pubblica (PUC).**

Al Coordinatore  
ufficio piano \_\_\_\_\_  
del Comune di Milazzo  
pec: [protocollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it](mailto:protocollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ in possesso di Diploma di laurea, conseguito presso  
l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine dei Medici  
chirurghi e degli odontoiatri al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, con studio in via  
\_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
(prov.) \_\_\_\_\_ p.iva \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

### chiede

di poter partecipare alla procedura comparativa indetta per l'attribuzione di **Consulente medico legale del distretto socio-sanitario D27 nell'ambito dell'attivazione dei progetti di utilità pubblica (PUC)**, di cui all'avviso pubblico \_\_\_\_\_ . cup: H52F18000060001. cig: \_9158294F47,;"

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato d.p.r. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

### dichiara

- di essere in possesso di Diploma di laurea in \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri al nr. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di specializzazione \_\_\_\_\_;
- di possedere la seguente esperienza professionale e di avere svolto i seguenti incarichi \_\_\_\_\_;
- di accettare incondizionatamente le norme stabilite per il conferimento dell'incarico;
- di essere in possesso assicurato per il rischio derivante dall'attività professionale con la compagnia \_\_\_\_\_ polizza nr. \_\_\_\_\_ valida sino al \_\_\_\_\_;

**Dichiara, inoltre, di non versare in alcuna delle seguenti condizioni:**

- inesistenza di rapporti di lavoro incompatibili per legge con l'esercizio della libera professione;
- inesistenza di situazioni di incompatibilità a contrarre con la Pubblica Amministrazione, previste dalla normativa vigente;
- inesistenza di incarichi contro il Comune di Milazzo, sia in proprio, sia in nome e per conto di propri clienti siano loro persone giuridiche o fisiche;
- inesistenza di condanne penali per delitti non colposi di cui al IV, Titoli II capo I del Codice Penale con sentenza passata in giudicato, di sentenze di condanna pronunciate in suo danno, passate in giudicato ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta formulata ai sensi dell'art. 444 c.p.p. (cd. Patteggiamento) per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale, o per delitti finanziari ovvero per partecipazione ad un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio di proventi da attività illecita;
- di non aver riportato nei due anni antecedenti provvedimenti disciplinari;

Eventuali comunicazioni riguardanti il presente procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Si impegna a svolgere l'incarico con la competenza richiesta, fornendo l'assistenza durante le operazioni peritali.

Allega alla presente domanda:

- a) Curriculum formativo e professionale datato e sottoscritto;
- b) Fotocopia del documento di identità;
- c) Copia della polizza assicurativa;

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del professionista

\_\_\_\_\_