**OFFERTA - TECNICA**

Alla CCIAA DI Napoli

|  |
| --- |
| **PROCEDURA NEGOZIATA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI MEDICO COMPETENTE NELL’AMBITO DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA DELLA CAMERA DI COMMERCIO DI NAPOLI, AI SENSI DEL D.LGS. 9 APRILE 2008, N. 81 E S.M.I.**  **Dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445** |

Il sottoscritto dichiara ai sensi del DPR 445/2000 i seguenti dati e informazioni:

DATI ANAGRAFICI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Il/La sottoscritt Nato/a | | il codice fiscale | | Residente in Via n. cap | | Città Provincia | |

**Titolo di Studio e Professionale**

(*elencare dal più recente al più remoto*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Tipologia Titolo di studio** | | |  | | --- | | **Anno di conseguimento** | | |  | | --- | | **Università** | | |  | | --- | | **Altre informazioni (ex. Titolo tesi)** | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Corsi di formazione ed aggiornamento dell’ultimo triennio**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Titolo / Oggetto Corso** | | |  | | --- | | **Azienda / Ente organizzatore** | | |  | | --- | | **N. Crediti formativi ECM** | | |  | | --- | | **N. giornate di partecipazione** | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Incarichi professionali svolti negli ultimi 10 anni**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (*elencare dal più recente al più remoto*) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione**   |  | | --- | |  | | **Numero dipendenti**   |  | | --- | |  | | **Periodo di svolgimento dal \_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_**   |  | | --- | |  | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del RGPD, che i dati personali raccolti sono obbligatori per il corretto svolgimento dell'istruttoria e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_