**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_