**ALLEGATO c)**

**AVVISO PER INCARICO MEDICO COMPETENTE**

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE**

**Solo per il personale interno alle Istituzioni Scolastiche della Provincia di Pistoia o Esterno alla P.A.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Status professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C. F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ Part. I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali comminate dalla legge in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000,

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/200 e s.m.i.;

* 1. cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione europea;
* 2. godimento dei diritti civili e politici;
* 3. Aver dichiarato l’assenza di conflitti di interessi, ai sensi dell’art. 53 comma 14 Decreto Legislativo 165/2001, con l’istituzione scolastica;
* 4. Aver dichiarato di non aver avuto condanne per i reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609- undecies del codice penale, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all’esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con i minori (reati pedofilia).
* 5. aver compilato la dichiarazione sostitutiva della vaccinazioni ai sensi della Legge 119 del 31 luglio 2017

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**N.B. (allegare copia del documento di identità del sottoscritto)**