**ALLEGATO A**

**Al Dirigente Scolastico**

I.C. DI FENEGRO’

**Oggetto:** DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DELLA FIGURA DI MEDICO COMPETENTE

Il/La sottoscritto/a codice fiscale nato a prov. il e residente in P.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via cap. tel/ cell. indirizzo di posta elettronica:

CHIEDE

di partecipare alla procedura di selezione, mediante valutazione comparativa, per il conferimento dell’incarico di cui all’Avviso pubblico di selezione della figura di medico competente

\_ l \_ sottoscritt \_ , consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

***DICHIARA***

sotto la personale responsabilità di:

* essere cittadino/a italiano/a
* di godere dei diritti civili e politici
* di non aver riportato condanne penali / ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali
* di essere/non essere dipendente di una Amministrazione pubblica ( se sì, indicare quale:

□ );

* di essere in possesso del seguente titolo di studio:

□

* di essere in regola con gli obblighi contributivi, previdenziali e fiscali;
* di non trovarsi in condizioni di incompatibilità e/o inconferibilità;

\_l\_ sottoscritt\_ dichiara di accettare le seguenti condizioni di partecipazione:

1. \_l\_ sottoscritt\_ dichiara di essere a conoscenza che la mancanza di uno dei requisiti, di cui sopra, sarà causa di esclusione dalla selezione e/o risoluzione del contratto.
2. \_l\_ sottoscritt\_ dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le disposizioni e le condizioni previste nell’Avviso pubblico di selezione.
3. \_l\_ sottoscritt\_ dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti per le finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.

Luogo e data

FIRMA