Allegato A Al Dirigente Scolastico

IC “A. Pisani” di STRA

Oggetto: Istanza di partecipazione assegnazione incarico Medico competente

Il La sottoscritto/a ,

nato/a a Prov. ( ) il C.F. in qualità di legale rappresentante della Ditta

con sede in

Prov. ( ) Via/Piazza P.IVA C.F.

tel. fax e-mail PEC ,

dichiara

1. di essere in possesso dei requisiti previsti nel bando e di essere interessato all’assunzione dell’incarico di Medico competente presso l’Istituto Comprensivo “Alvise Pisani” di STRA;
2. di aver preso piena ed integrale visione, ed accettare senza condizione e riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nel Bando e di ogni allegato ai medesimi;
3. di essere a conoscenza di tutte le circostanze generali e particolari e di tutti gli oneri previsti che possono influire sullo svolgimento del servizio e di aver ritenuto di poter partecipare alla gara con un’offerta ritenuta remunerativa e comunque tale da permettere il regolare espletamento del servizio stesso;
4. di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e di autorizzare espressamente tale trattamento;
5. che il recapito per le comunicazioni relative al presente bando è il seguente:

………………………………………………………………………………………………. con sede in…………………………………………..………… (Prov. di ……………..…….) c.a.p. ………….. Via/Piazza………………..…………………………………..…….n. telefono n. ……………………..fax n……………………………………. e.mail…………………………….............................................................................................

posta certificata ………………………………………………………………………………..

autorizzando la stazione appaltante a trasmettere le comunicazioni a detto numero di fax e/o indirizzo di posta elettronica, sollevando l’Istituto Comprensivo “Alvise Pisani” di STRA da qualsiasi responsabilità in ordine alla mancata conoscenza delle comunicazioni così inviate.

# Dichiara inoltre di possedere i seguenti requisiti:

* + ฀ Possesso della cittadinanza italiana

o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea ……………………….

* + ฀ Godimento dei diritti civili e politici
  + ฀ L’assenza di condanne penali e di provvedimenti restrittivi per procedimenti penali in corso, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale
  + Laurea in ……………………………………………………………………………………

conseguita presso l’Università ……………………………………………………………

nell’anno accademico con la votazione di

………………………

* + Iscrizione Ordine Professionale presso

…………………………………………………………………………………………………

* + Attestato di frequenza a corsi di Specializzazione in materia di igiene e salute rilasciato da

……………………………………………………………………………………………

* + Altre esperienze nell’ambito scolastico:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

* + Altre in altri pubblici e/o privati:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

* + Di possedere la regolarità contributiva e fiscale.
  + Offerta economica:

**IMPORTO RICHIESTO**

**PRESTAZIONE**

Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie. Visite mediche con giudizio di idoneità, da effettuare presso l'Istituto.

# Allegati:

1. - curriculum in formato europeo;
2. - copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore della domanda. Data

In fede (timbro e firma)