

Allegato 1

**Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo Senigallia Marchetti**

Domanda di partecipazione alla procedura di selezione per l'individuazione del Medico Competente

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente ne comune di _____ cap _____

Via, numero civico _____

Telefono _____ cell _____

Indirizzo mail _____

Chiede

di partecipare alla procedura di selezione per incarico di Medico Competente dell'Istituto Comprensivo Senigallia Marchetti e di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni contenute nel relativo avviso.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lvo n. 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE 2016/679.

Allega:

- Autocertificazione dei titoli posseduti e dei servizi prestati (allegato 2)
- Offerta economica (in busta chiusa)
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Curriculum vitae

Data _____ firma _____