

**Allegato 1** domanda di conferimento incarico di medico competente

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IC Maria Montessori di Chiaravalle

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
nazionalità \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ codice  
fiscale \_\_\_\_\_

**chiede**

l'attribuzione dell'incarico di Medico Competente.

A tal fine dichiara la propria disponibilità a svolgere l'incarico secondo quanto concordato con il Dirigente scolastico.

Consapevole che, in caso di dichiarazioni false e mendaci accertate dopo la stipula del contratto, questo sarà risolto di diritto, ai sensi dell'art.1456 del Codice civile (clausola risolutiva espressa), ai sensi del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni stabilite per false e mendaci dichiarazioni previste dal Codice penale e dalle Leggi in materia

**dichiara inoltre di**

- essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- godere dei diritti civili e politici;
- non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- essere in possesso del requisito della particolare e comprovata specializzazione universitaria strettamente correlata al contenuto della prestazione richiesta;
- non aver in corso provvedimenti disciplinari;
- aver preso visione dell'Avviso e di approvarne senza riserve i contenuti.

Ai fini della valutazione della candidatura, allega alla presente quanto segue:

- **Curriculum vitae**
- **Fotocopia di un documento di identità valido**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ con la presente, ai sensi degli artt.13 e 23 del D.Lgs. 196/2003 (di seguito indicato come "Codice Privacy") e del nuovo regolamento UE 2016/679,

**A U T O R I Z Z A**

l'Istituto "Montessori" di Chiaravalle al trattamento, anche con l'ausilio di mezzi informatici e telematici, dei dati personali forniti dal/dalla sottoscritto/a. Prende inoltre atto che, ai sensi del "Codice Privacy", titolare del trattamento dei dati è l'Istituto "Montessori" di Chiaravalle e che il/la sottoscritto/a potrà esercitare, in qualunque momento, tutti i diritti di accesso ai propri dati personali previsti dall'art.7 del "Codice Privacy", ivi inclusi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il diritto a ottenere la conferma dell'esistenza degli stessi, conoscerne il contenuto e le finalità e modalità di trattamento, verificarne l'esattezza, richiedere eventuali integrazioni, modifiche e/o la cancellazione, nonché l'opposizione al trattamento degli stessi.

In fede

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma.....