

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI  
MEDICO COMPETENTE

indetta con determina n. 48 dell'11/09/2020 dell'Istituto Comprensivo  
di Tavernola Bergamasca

*(professionista candidato al conferimento dell'incarico)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

In possesso dei requisiti culturali e professionali necessari per l'espletamento del servizio,  
come previsto dall'art. 38 del D.Lgs. 81/2008,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico del Lavoro  
competente indetta con determina Prot. 2791 del 06/09/2019 dell'Istituto Comprensivo di  
Tavernola Bergamasca.

Dichiara inoltre di essere disponibile e si impegna esplicitamente a svolgere, in caso di  
conferimento dell'incarico, l'attività di medico competente del lavoro, rendendosi  
disponibile per ogni tipologia di servizio richiesto afferente all'incarico ricoperto e  
indicato nell'avviso di selezione.

A tal fine allega:

Curriculum vitae in formato europeo  
Documento d'identità  
Dichiarazione sostitutiva (All.B)  
Fotocopia codice fiscale

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 dichiaro altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa".

\_\_\_\_\_  
(firma, per esteso e leggibile)