

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

Il/La sottoscritto/a _____
codice fiscale _____ nato a _____ prov. _____
il _____ e residente in _____
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

_ I _ 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 impegnarsi a svolgere la propria attività, sulla base del calendario predisposto dal Dirigente scolastico;

di essere in regola con gli obblighi contributivi, previdenziali e fiscali;

di non trovarsi in condizioni di incompatibilità e/o inconfiribilità;

_ I _ sottoscritt _ dichiara di accettare le seguenti condizioni di partecipazione:

- a) **_ I _ 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.
- b) **_ I _ sottoscritt _** dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le disposizioni e le condizioni previste nell'Avviso pubblico di selezione.
- c) **_ I _ 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.

Allega alla presente:

1. curriculum vitae debitamente firmato e datato
2. copia documento d'identità
3. Offerta e elenco titoli per la valutazione.

Luogo e data _____

FIRMA _____