

Allegato 2 – Dichiarazione esperienze pregresse

**DICHIARAZIONE ATTESTANTE LE ESPERIENZE PREGRESSE DI MEDICO COMPETENTE.
AVVISO PROT. N. 1828 DEL 20.02.2020 - A.S. 2019/20**

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo N. 5 di Imola
IMOLA

Il/La sottoscritto_____,
nato a _____ (____) il ____/____/_____,
codice fisc. _____ e domiciliato a _____
_____(____), cap. _____ via _____
tel. _____ e.mail _____,

avendo presentato istanza di partecipazione alla selezione pubblica di cui all'avviso in oggetto, finalizzata all'affidamento dell'incarico di medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria, ex D. Lgs. n. 81/08 presso codesta Istituzione Scolastica, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci e/o contenenti dati non rispondenti a verità, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

le seguenti esperienze pregresse maturate:

• INCARICO DI MEDICO COMPETENTE IN ISTITUTI SCOLASTICI

1. Istituto Scolastico: _____,
di _____ prov. (____) dal _____ al _____;
2. Istituto Scolastico: _____,
di _____ prov. (____) dal _____ al _____;
3. Istituto Scolastico: _____,
di _____ prov. (____) dal _____ al _____;
4. Istituto Scolastico: _____,
di _____ prov. (____) dal _____ al _____;

• INCARICO DI MEDICO COMPETENTE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI

1. Ente: _____
indirizzo _____
città _____ prov. (____) dal _____ al _____;
2. Ente: _____
indirizzo _____
città _____ prov. (____) dal _____ al _____;
3. Ente: _____
indirizzo _____
città _____ prov. (____) dal _____ al _____;
4. Ente: _____
indirizzo _____
città _____ prov. (____) dal _____ al _____.

Data, ____/____/_____

FIRMA