

Allegato 2 – Dichiarazione esperienze pregresse

**DICHIARAZIONE ATTESTANTE LE ESPERIENZE PREGRESSE DI MEDICO COMPETENTE.
AVVISO PROT. N. 5262 DEL 15/07/2019 - AA.SS. 2019/20-2020/21-2021/22**

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo N. 6 di Imola
IMOLA

Da compilare nell'ipotesi di partecipazione alla selezione in forma individuale

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

OPPURE

Da compilare nell'ipotesi di partecipazione alla selezione per il tramite di Ditta/Associazione/Studio associato

Il/La sottoscritt _____,
nato a _____ (____) il ____/____/____, codice
fisc. _____ e residente a _____
(____), cap. _____ via _____ tel. _____
_____ e.mail _____,
in qualità di rappresentante legale della ditta/associazione/cooperativa/studio associato (nel
proseguo, operatore economico) _____
_____, codice fiscale _____, con sede
legale al seguente indirizzo _____
_____, con riguardo al professionista individuato con l'allegato 1b e

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 _____;

Allegato 2 – Dichiarazione esperienze pregresse

**DICHIARAZIONE ATTESTANTE LE ESPERIENZE PREGRESSE DI MEDICO COMPETENTE.
AVVISO PROT. N. 5262 DEL 15/07/2019 - AA.SS. 2019/20-2020/21-2021/22**

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

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

4. Ente: _____
indirizzo _____
città _____ prov. (____) dal _____ al _____.

Data, ____/____/____

FIRMA

*Allegare fotocopia di un documento
di riconoscimento in corso di validità*