

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DELL’INCARICO DI
MEDICO COMPETENTE PER L’ESERCIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
“L. LOTTO”
Via Madonna di Loreto, 2
62015 MACERATA**

Il/la sottoscritt _____
 Nat__a _____ (____) il _____
 Residente a _____ (____) in Via _____ n. _____
 Indirizzo di posta elettronica _____
 Tel. _____

CHIEDE

Di essere ammess__ alla procedura di selezione per l’affidamento dell’incarico di medico competente per l’esercizio di sorveglianza sanitaria in qualità di

- Personale interno all’Istituzione scolastica
- Personale di altra Istituzione Scolastica
- Personale Esterno alle Istituzioni Scolastiche

Dichiara di svolgere l’incarico senza riserve e di aver preso visione del bando.
 A tal fine allega autocertificazione, C.V. e copia del documento di identità.

Data _____ Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ il _____
 C.F. _____

DICHIARA

Di aver ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e ss. del detto Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione delle finalità di cui al punto 1 dell’informativa

Data _____ Firma _____