

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

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
“Via Tacito”  
Via Quasimodo, 18  
62012 Civitanova Marche (Mc)**

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 \_\_\_\_\_