

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE ESPERTI MEDICO COMPETENTE

Al Dirigente Scolastico

I.C. "Della Margherita"

Via Verdi,3

20070 – Vizzolo Predabissi (MI)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente in _____ (Prov. _____)

via/corso _____ n. _____

c.a.p. _____ telefono _____ cellulare _____

indirizzo PEC _____

indirizzo PEO _____ - _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

partita Iva |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di **selezione pubblica** per il conferimento dell'incarico professionale di **Medico Competente**

DICHIARA

di conoscere e accettare tutte le condizioni previste dalla procedura di selezione pubblica per il conferimento dell'incarico professionale di Medico Competente;

di accettare preventivamente l'incarico qualora conferito, autorizzando in tal caso l'Istituto Comprensivo "Della Margherita" alla pubblicazione del proprio curriculum vitae sul sito web nella sezione trasparenza;

di autorizzare l'Istituto Comprensivo "Della Margherita" al trattamento dei propri dati personali, anche in formato elettronico, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, finalizzato agli adempimenti della procedura per il conferimento dell'incarico;

che i recapiti a cui trasmettere ogni eventuale comunicazione relativa alla procedura sono i seguenti:

recapito telefonico _____

recapito mail _____

A tal fine allega autocertificazione, curriculum vitae in formato europeo e copia della carta d'identità.

Luogo e data _____

firma digitale qualificata ovvero firma autografa leggibile

ai sensi art. 39 DPR 445/2000 la firma non deve essere autenticata