

ALLEGATO 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DEGLI ESPERTI

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo 2
Via Petrarca, 19
33100 - UDINE

Il/La sottoscritto/anato a
il....., codice fiscale
Titolare della ditta
Partita IVA
Telefono Cell. E-mail
Indirizzo a cui inviare le comunicazioni relative alla selezione
Via Cap. Città

C H I E D E

di partecipare alla selezione per titoli per l'attribuzione dell'incarico **“medico competente di cui all'art 41 del D.Lgs. 81/08”**

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della decadenza da eventuali benefici acquisiti nel caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- di essere cittadino/a
 di essere in godimento dei diritti politici
 di essere dipendente della seguente Amministrazione
 ovvero di non essere dipendente di alcuna Amministrazione Pubblica
 di non aver subito condanne penali
 di non avere procedimenti penali pendenti
 di essere disponibile a svolgere l'incarico secondo il calendario proposto nel contratto
 la propria candidatura è a norma con quanto previsto dal D.Lgs 81/2008.

Il/La sottoscritto/a autocertifica la veridicità delle informazioni fornite.

Il/La sottoscritto/a consente il trattamento dei propri dati, anche personali, ai sensi del D. Lgs 30/06/2003, n. 196, per le esigenze e le finalità dell'incarico di cui alla presente domanda.

Data

Firma