

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DEGLI ESPERTI

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

Il/La sottoscritto/a nato 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

.....