Allegato A

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo
di Pasian di Prato

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
alla selezione di medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria
ai sensi del D.lgs n. 81/2008, così come modificato ed integrato dal D. lgs n. 106/2009.

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a _____ il _____

e residente in_____prov._____via _____

cap_____indirizzo di posta elettronica _____

Codice fiscale _____

in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso pubblico Prot. n._____del _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione pubblica per l'affidamento di un incarico di prestazione d'opera in qualità di Medico Competente per il servizio di sorveglianza sanitaria all'interno dell'Istituto Comprensivo di Pasian di Prato prevista dal D.lgs 81/2008, così come modificato dal D.lgs n. 106/2009.

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

Luogo e data _____

Firma

_____

Allegato: Documento di identità