

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ENTI alla procedura di selezione per il conferimento dell'incarico di MEDICO COMPETENTE per l'istituto comprensivo 3 di Udine indetta con determina Prot.n. 1423 del 13-02-2023 del Dirigente dell'IC 3 di UDINE**

(il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto solo in caso di candidature da parte di enti dal rappresentante legale dell'ente e dal professionista candidato al conferimento dell'incarico)

Il/la sottoscritto/a indicare (COGNOME e NOME)

\_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Numero di cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante della società

\_\_\_\_\_  
codisce fiscale/ p.iva \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

In possesso dei requisiti culturali e professionali necessari per l'espletamento del servizio,  
come previsto dall'art. 38 del D.Lgs. 81/2008,

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di selezione per il conferimento dell'incarico di Medico del Lavoro competente per l'istituto comprensivo 3 di UDINE, indetta con **determina Prot.n.1423 del 13/02/2023** del Dirigente scolastico dell'Istituto comprensivo3 di UDINE. A tal fine allega:

- **Allegato 1**, compilato e sottoscritto con firma autografa dal professionista candidato all'incarico di medico competente;
- **Curriculum vitae in formato europeo del professionista candidato all'incarico di medico competente**, con sottoscrizione del consenso al trattamento dei dati personali per le finalità previste dalla presente selezione e con sottoscrizione di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante la veridicità delle informazioni riportate nel CV;

- **Copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento in corso di validità del professionista candidato all'incarico di medico competente;**
- Ogni altra documentazione ritenuta utile per attestare il possesso dei requisiti prescritti da parte del professionista candidato al conferimento dell'incarico, con sottoscrizione di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R.445/2000, attestante la veridicità delle informazioni riportate;
- **Dichiarazione sostitutiva di certificazione**, sottoscritta ai sensi del DPR 445/ 2000 (All.2)

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Il legale rappresentante  
(Timbro e firma per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_  
Il professionista candidato all'incarico  
(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 dichiaro altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa”.

\_\_\_\_\_  
(firma, per esteso e leggibile)