

Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER L'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato a _____ prov. _____ il _____ e residente in _____

via _____ cap. _____ tel/ cell. _____

indirizzo di posta elettronica: _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di selezione, mediante valutazione comparativa, per il conferimento dell'incarico di cui all'Avviso pubblico di selezione della figura di medico competente

_ I _ sottoscritt _____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

sotto la personale responsabilità di:

- essere cittadino/a italiano/a
- di godere dei diritti civili e politici
- di non aver riportato condanne penali / ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali

- di essere/non essere dipendente di una Amministrazione pubblica (se sì, indicare quale:
_____);

- di essere in possesso del seguente titolo di studio previsto per l'incarico:
_____ ;

- di impegnarsi a svolgere la propria attività, sulla base del calendario predisposto dal Dirigente scolastico;
- di essere in regola con gli obblighi contributivi, previdenziali e fiscali;
- di non trovarsi in condizioni di incompatibilità e/o inconfiribilità;

_ I _ sottoscritt_ dichiara di accettare le seguenti condizioni di partecipazione:

- _ I _ sottoscritt_ dichiara di essere a conoscenza che la mancanza di uno dei requisiti, di cui sopra, sarà causa di esclusione dalla selezione e/o risoluzione del contratto.
- _ I _ sottoscritt_ dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le disposizioni e le condizioni previste nell'Avviso pubblico di selezione.
- _ I _ sottoscritt_ dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti per le finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.

Data e luogo

FIRMA
