

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

per l'incarico di medico competente

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO
COMPENSIVO
DI BAGNATICA

Il/La sottoscritt_ _____

nat_ a _____ (prov. _____) il ___ / ___ / _____

residente a _____ in via _____ n. _____

cap _____ prov. _____ status professionale _____

codice fiscale _____ tel. _____

fax _____ e-mail _____

CHIEDE

di poter svolgere attività, in qualità di medico competente.

A tal fine allega:

- Curriculum Vitae
- Offerta economica
- Altra documentazione utile alla valutazione (specificare) _____

Il/La sottoscritt_ dichiara sotto la propria responsabilità di:

- essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- godere dei diritti civili e politici;
- non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel Casellario Giudiziale;
- essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali.

Il/La sottoscritt_ si impegna a svolgere l'incarico senza riserve.

Il/La sottoscritt_ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

(data)

(firma)