**Allegato 1**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER**

**“MEDICO COMPETENTE”**

Al Dirigente Scolastico

 dell’Istituto Comprensivo Statale Simaxis – Villaurbana

 via Roma n.2, 09088 Simaxis

e-mail: oric823009@istruzione.it

 PEC: oric823009@pec.istruzione.it

Il/La sottoscritt**\_ \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Status professionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di partecipare alla procedura di selezione del “**Medico Competente**” ai sensi del D.L.vo 09/04/2008 n° 81

A tal fine allega:

* Curriculum vitae in formato europeo, già predisposto per l’eventuale pubblicazione;
* Fotocopia della carta d’identità in corso di validità;
* Altra documentazione utile alla valutazione (vedi allegati 2-3-4)

Il/la sottoscritt\_\_ dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,:

* essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell’Unione Europea;
* godere di diritti civili e politici;
* di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano 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;
* essere in possesso dei titoli richiesti dalla normativa in materia per l’espletamento dell’incarico di medico del lavoro;
* essere iscritto all’Albo professionale (numero e data di iscrizione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere in possesso delle attrezzature mediche e tecniche necessarie all’espletamento dei compiti da svolgere.
* di non essere in condizione di incompatibilità nei confronti del decreto legislativo n. 39 del 4/3/2014 relativo alla lotta contro l’abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile;

Il/La sottoscritt\_ si impegna a svolgere l’incarico senza riserve e concordando il calendario con l’Istituto proponente.

Il/La sottoscritt\_\_ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla Privacy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo e data) (firma)