

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ENTI alla procedura di selezione per il conferimento dell'incarico di MEDICO COMPETENTE per gli istituti comprensivi statali di Bonate Sotto e Bonate Sopra indetta con determina n. 5368 del 02-12-2020 del Dirigente dell' ICS di Bonate Sotto

(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 gli istituti comprensivi di Bonate Sotto e Bonate Sopra, indetta con **determina n. 5368 del 02-12-2020** del Dirigente scolastico dell'Istituto comprensivo statale di Bonate Sotto.

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)