

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC 1 CD MANZONI-SM G.S.POLI
MOLFETTA (BA)**

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Per l'Avviso pubblico per l'Affidamento dell'incarico di Medico Competente dell'Istituto, per il servizio di sorveglianza sanitaria ex art. 18 c. 1 lettera a)- d.l.gs. 81/08 e s.m.i - Prot.1839 del 18/06/2020.

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____
in via _____ n. _____
C.F. _____ Tel _____
e-mail _____
posta cert. _____
domiciliato c/o _____
recapito professionale

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 in qualità di Medico Competente indetta con Avviso Prot.1839 del 18/06/2020 dell'IC "Manzoni-Poli" di Molfetta (BA).

Dichiara inoltre di essere disponibile e si impegna esplicitamente a svolgere, in caso di conferimento dell'incarico, l'attività di medico competente del lavoro, rendendosi disponibile per ogni tipologia di servizio richiesto afferente all'incarico ricoperto e indicato nell'avviso di selezione.

A tal fine allega:

- Documento d'identità
- Curriculum vitae in formato europeo
- Dichiarazione sostitutiva (All.B)
-

Luogo e data

(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)