ALLEGATO 1

Oggetto: Richiesta di partecipazione all' Avviso per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente per il Servizio di Sorveglianza Sanitaria, del personale dell'Istituto

Al Dirigente dell'I.C. "Valle dell'Anapo"
di Ferla (SR)

Il/la sottoscritto/a dott. _____

nato/a_____(Prov._____), il _____

C.F._____o Partita IVA _____

residente in _____ (Prov. _____) in via _____, n. _____,

tel._____,

ubicazione attività e recapito professionale_____

pec _____

in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso prot. n._____del _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente per il Servizio di Sorveglianza Sanitaria, del personale dell'Istituto di cui all'avviso di selezione prot. n._____del _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, _ l _ sottoscritt_

DICHIARA

1. di essere cittadino italiano o del seguente Stato membro dell'Unione Europea _____;
2. di godere dei diritti civili e politici;
3. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione elencate dalle lettere da a) ad e) dell'art. 7 dell'Avviso di selezione, rubricato "*Esclusione dalla procedura comparativa*";
4. di essere regolarmente iscritto all'Elenco nazionale dei Medici Competenti in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 comma 1 e comma d-bis D. Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008, gestito dal Ministero della Salute, con il seguente numero di iscrizione:_____;
5. di accettare senza alcuna riserva e/o eccezione tutte le condizioni

Luogo e data _____

FIRMA*

_____

Allega:
Fotocopia di un documento di identità
Curriculum vitae
(*)firmare digitalmente nel caso di trasmissione per PEC