# ALLEGATO 1

# Al Dirigente Scolastico

# dell’IIS Ramacca-Palagonia

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

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_, tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

ubicazione attività e recapito professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pec (obbligatoria) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 partecipare alla procedura comparativa in qualità di:

□ Libero professionista

□ Altro ( specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. di essere cittadino italiano o del seguente Stato membro dell’Unione Europea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3. di godere dei diritti civili e politici;

4. 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*”;

5. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

6. 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