

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO PUBBLICO INCARICO MEDICO
COMPETENTE

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S E.FERMI
Via Vitulanese snc
82016 Montesarchio (BN)

Il/la sottoscritto/a

_____ il
_____ residente
a _____ Via/P.zza _____ n.
_____ cap _____ Provincia _____ codice fiscale
_____ telefono
fisso _____ cellulare _____ e-mail
_____ titolo di studio

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'affidamento dell'incarico di esperto esterno "Medico competente per la valutazione dei rischi e per l'esercizio di sorveglianza sanitaria", di cui al Bando pubblico Prot. n. 5893VI.3 del 04.11.2022.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di:

- a) essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- b) godere dei diritti civili e politici;
- c) non avere riportato condanne penali e non essere destinatari di provvedimenti che riguardano misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- d) essere a conoscenza di non essere sottoposti a procedimenti penali;
- e) essere in possesso dei titoli e requisiti previsti dal Dlgs. 81/2008, art. 38. In caso di partecipazione alla gara da parte di una società, si precisa che dovrà essere indicato il professionista in possesso dei titoli previsti che, in caso di aggiudicazione del servizio, assumerà l'incarico di medico competente;
- f) di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni contenute nel presente avviso;
- g) di esprimere, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti, con particolare riguardo a quelli definiti "sensibili" dell'art. 4, comma 1 lettera d) del D. Lgs. n.196/03, per la finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.

Allega alla presente domanda:

- fotocopia della carta d'identità in corso di validità;

Il/la sottoscritto/a si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo quanto previsto dal bando.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo n.196/2003 e Reg UE 679/2016.

(luogo e data)

firma