

**Allegato 1 – Documentazione amministrativa e autocertificazione**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.I.S.S. "RINALDO d'AQUINO"  
83048 MONTELLA**

\_\_\_ l \_\_\_ sottoscritt \_\_\_  
Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_

**Chiede**

Di partecipare alla procedura di selezione prot.n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per incarico di esperto medico competente.

A tal proposito, consapevole delle sanzioni amministrative e pecuniarie previste dal DPR 445/2000 in materia di dichiarazione mendaci.

**DICHIARA**

(Barrare la /e voci che riguardano al/e dichiarazione/i da produrre)

- Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_
- Di essere residente a \_\_\_\_\_
- Di essere cittadino ( indicare nazionalità ) \_\_\_\_\_
- Di godere dei diritti civili e politici
- Di essere iscritto nell'albo o elenco \_\_\_\_\_  
Tenuto da \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- Di appartenere all'ordine professionale \_\_\_\_\_
- Titolo di studio posseduto \_\_\_\_\_ rilasciato dalla  
scuola/università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- Qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di  
aggiornamento e di qualifica tecnica \_\_\_\_\_
- Possesso e numero del codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA e  
qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria \_\_\_\_\_
- Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano  
l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti  
nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- Di essere /non essere dipendente della seguente Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ pertanto si impegna a chiedere l'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di medico competente alla propria Amministrazione

- Di essere in regola con i versamenti dei contributi previdenziali ed assistenziali (nel caso di lavoratore autonomo o impresa)
- Copertura assicurativa dei rischi derivanti dall'espletamento dell'incarico ( indicare compagnia assicurativa e numero polizza) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, nell'autocertificare la veridicità delle informazioni fornite consente il trattamento dei propri dati, anche personali ai sensi del D.Lvo 30/06/2003 n.196 per le esigenze e le finalità dell'incarico di cui alla presente domanda.

- Si allega curriculum vitae

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_