

Allegato 1 – Documentazione amministrativa e autocertificazione

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

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

___ I ___ 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
