

## Allegato 1

Al Dirigente scolastico

Istituto Comprensivo Senigallia Marchetti

### Domanda di partecipazione alla procedura di selezione per l'individuazione del Medico Competente

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

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente ne comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via, numero civico \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

### Chiede

di partecipare alla procedura di selezione per incarico di Medico competente dell'Istituto Comprensivo Senigallia Marchetti e di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni contenute nel relativo avviso.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lvo n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Allega:

- Autocertificazione dei titoli posseduti e dei servizi prestati (allegato 2)
- Offerta economica (in busta chiusa)
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Curriculum vitae

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_