|  |  |
| --- | --- |
|  | Istituto Comprensivo “Salvatore Farina”  COD. MECC. SSIC839007 – C. F. 92128430904  Corso Francesco Cossiga n. 6 – 07100 Sassari -  tel. 079/22845314 fax. 079/2845316  e-mail [ssic839007@istruzione.it](mailto:ssic839007@istruzione.it) - P.E.C. [ssic839007@pec.istruzione.it](mailto:ssic839007@pec.istruzione.it)  sito [www.icfarina-sangiuseppe.it](http://www.icfarina-sangiuseppe.it) |

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L’AFFIDAMENTO DELL’INCARICO DI MEDICO COMPETENTE**

(Bando di selezione prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo

“Salvatore Farina”

Corso Cossiga n. 6

07100 Sassari

OGGETTO: **Dichiarazione di disponibilità per l’affidamento dell’incarico di MEDICO COMPETENTE**  ai sensi del Decreto Legislativo n°81 / 2008

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal Codice penale, che comporta, inoltre, la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

**C H I E D E**

di essere ammesso/a alla selezione per l’affidamento dell’incarico di “MEDICO COMPETENTE”, ai sensi del Decreto Legislativo n°81 / 2008.

Allega alla presente il proprio curriculum vitae e professionale.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**IL DICHIARANTE**