

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE ESPERTI**Medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria**

**Al Dirigente Scolastico
Del Liceo G.Agnesi
Milano**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Tel _____ Codice fiscale _____

In nome proprio o per conto della Ditta/Società/Studio medico Sito in _____ via
in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso pubblico Prot. n.486 VI.3 del 25/01/2022

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di selezione di **MEDICO COMPETENTE per il servizio di sorveglianza sanitaria**

Dichiara di svolgere l'incarico senza riserve e di aver preso visione delle indicazioni riportate nell'avviso pubblico prot.486 VI.3 del 25/01/2022. A tal fine allega:

- Curriculum vitae in formato europeo, già predisposto per l'eventuale pubblicazione;
- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità;
- Autocertificazione (**allegato 2**);
- Offerta tecnica ed economica (**allegato 3**)
- Altra documentazione utile alla valutazione allegata alla presente selezione;

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi del D.L.vo n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni (in particolare GDPR Regolamento UE 2016/679).I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

acconsento

non acconsento

Data _____

Firma _____