

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

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO TECNICO STATALE
“TITO ACERBO”
Via Pizzoferrato, 1
65124 PESCARA**

Il/la sottoscritt _____
Nat__ a _____ (__) il _____
Residente a _____ (__) in Via _____ n. ____
Indirizzo di posta elettronica _____
Tel. _____

CHIEDE

Di essere ammess__ alla procedura di selezione per l’affidamento dell’incarico di medico
competente per l’esercizio di sorveglianza sanitaria in qualità di

- Personale interno all’Istituzione scolastica
- Personale di altra Istituzione Scolastica
- Personale Esterno alle Istituzioni Scolastiche

Dichiara di svolgere l’incarico senza riserve e di aver preso visione del bando.
A tal fine allega autocertificazione, C.V. e copia del documento di identità.

Data _____ Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
C.F. _____

DICHIARA

Di aver ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del regolamento UE 2016/679, in particolare
riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli
effetti degli artt. 7 e ss. del detto Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari,
con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e
strumentali alla gestione delle finalità di cui al punto 1 dell’informativa

Data _____ Firma _____