



**ITI | TORRICELLI
G. TOMASI DI LAMPEDUSA**

Sede Centrale - Via Vallone Posta - 98076 Sant'Agata di Militello (ME)
Plesso - Via Parco degli Ulivi - 98076 Sant'Agata di Militello (ME)
Plesso - Via Misericordia n. 43 - Tortorici (ME)
Codice Meccanografico Istituto: METF040006 | Codice Fiscale: 84004130831



Chimica, Materiali e Biotecnologie | Elettronica ed Elettrotecnica
Informatica e Telecomunicazioni
Meccanica, Meccatronica ed Energia | Trasporti e Logistica (ex Nautico)
Costruzione, Ambiente e Territorio | Sistema Moda
Turismo | Amministrazione, Finanza e Marketing | Percorso di II Livello (serale) CAT

(Allegato 1)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO PUBBLICO DI SELEZIONE PER TITOLI PER INCARICO
ESTERNO FIGURA MEDICO COMPETENTE DELL'ITI "TORRICELLI – G.T. DI LAMPEDUSA" PER L'A.S.
2026/2027 PER L'ESERCIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA, ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.**

Al Dirigente Scolastico
dell'ITI "Torricelli- G.Tomasi di Lampedusa"
98076 Sant'Agata di Militello (ME)
metf040006@pec.istruzione.it

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____
il ____/____/____ e residente a _____ prov (____)
in via _____ n° _____ cap _____
Status professionale: _____ codice fiscale _____
telefono: _____ cellulare: _____ e-mail: _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di selezione del "**Medico Competente**" ai sensi del **D.Lgs. 81/2008** e ss.mm.ii.
A tal fine allega: Curriculum vitae in formato europeo;

- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità;
- Altra documentazione utile alla valutazione.

Il/La sottoscritt__ dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità di:

- essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- godere di diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- essere in possesso dei titoli richiesti dalla normativa in materia per l'espletamento dell'incarico di medico del lavoro;
- essere iscritto all'Albo professionale (numero e data di iscrizione) _____;
- essere in possesso delle attrezzature mediche e tecniche necessarie all'espletamento dei compiti da svolgere.

Il/La sottoscritt__ si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo il calendario approntato dall'Istituto proponente.

Il/La sottoscritt__ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della D.L.vo n. 196/2003.

(luogo e data)

(firma)