Allegato 1

**ISTANZA PER il servizio di sorveglianza sanitaria e di medico competente**

**Al Dirigente Scolastico**

**Del CPIA di Avellino**

**Via Zigarelli**

**83010 - Avellino (AV)**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………………..… nato/a………………………………….………………… Prov. (…..), il ……/ …../…………, C.F. ………………………………………….…… - P.IVA …………………….…….………….

residente a …………………………………….. in via/piazza………………………………, n… tel./cell………………………………………Email…………………………………………..

**PROPONE**

La propria candidatura a svolgere il servizio di sorveglianza sanitaria e di medico competente presso codesta Istituzione scolastica.

A tal fine

DICHIARA

* di essere in possesso dei requisiti richiesti
* di godere dei diritti civili e politici
* di possedere la cittadinanza italiana o di uno degli Stati Membri dell’UE
* di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale
* di essere a conoscenza della responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero
* di impegnarsi a presentare, se richiesta, la documentazione attestante i titoli autocertificati nel curriculum vitae;
* di autorizzare il trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla DLgs 196/03.

Allega:

* curriculum vitae in formato europeo
* copia di un documento di identità in corso di validità
* dichiarazione c/corrente dedicato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_