**ALLEGATO 1**

**Al Conservatorio di Musica di Stato**

**“Arturo Toscanini” di Ribera**

[**istitutotoscanini@pec.it**](mailto:istitutotoscanini@pec.it)

**Oggetto:** DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DELLA FIGURA DI MEDICO COMPETENTE

Il/La sottoscritto/a codice fiscale nato a prov. il e residente in

via cap. tel/ cell. indirizzo di posta elettronica:

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura di selezione, mediante valutazione comparativa, per il conferimento dell’incarico di cui all’Avviso pubblico di selezione della figura di medico competente prot. n. 3187 del 16/05/2024 presso il Conservatorio di Musica di Stato “Arturo Toscanini” di Ribera.

**\_ l \_ sottoscritt \_ , consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci**

***DICHIARA***

**sotto la personale responsabilità di:**

* essere cittadino/a italiano/a
* di godere dei diritti civili e politici
* di non aver riportato condanne penali / ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali



* di essere/non essere dipendente di una Amministrazione pubblica ( se sì, indicare quale:

);

* di essere in possesso del seguente titolo di studio:

* di impegnarsi a svolgere la propria attività come indicato nell’avviso pubblico;
* di essere in regola con gli obblighi contributivi, previdenziali e fiscali;
* di non trovarsi in condizioni di incompatibilità e/o inconferibilità;

**\_l\_ sottoscritt\_ dichiara di accettare le seguenti condizioni di partecipazione:**

1. di essere a conoscenza che la mancanza di uno dei requisiti, di cui sopra, sarà causa di esclusione dalla selezione e/o risoluzione del contratto.
2. di accettare il compenso omnicomprensivo di € 1.500,00 come previsto dal bando.
3. di aver preso visione e di accettare integralmente le disposizioni e le condizioni previste nell’Avviso pubblico di selezione.
4. di esprimere il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti per le finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.

Luogo e data

FIRMA