

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo di Corso Cavour 49- PAVIA**

Il/la sottoscritto/a ....., nato/a a

....., il....., chiede di svolgere il ruolo di MEDICO

COMPETENTE, ai sensi del D.Lgs. 81/08, art. 25 :

Il/la sottoscritto/a dichiara di possedere le capacità ed i requisiti previsti dall'art. 38 del D.Lgs. 81/80 ed allega alla presente un dettagliato curriculum vitae per facilitare una valutazione comparativa delle candidature.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di:

- essere dipendente pubblico
- non essere dipendente pubblico

- essere regolarmente iscritto all'Albo professionale con il n.....

.....,.....

.....

\_1\_ sottoscritt\_\_ dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione

(Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_