

ALLEGATO A

Al Dirigente Scolastico

**I.C. "Edmondo De Amicis – Leonardo Da Vinci"
Palermo**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Avviso pubblico di selezione per il conferimento di n. 1 incarico di Esperto – Medico Nutrizionista

Progetto: *Percorsi di Nutrizione Consapevole* – CUP: G73C26000190002

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ (**___**) **il //** _____

Codice Fiscale _____

residente in Via/Piazza _____ **n.** _____

CAP _____ **Comune** _____ **Prov.** _____

Telefono _____

e-mail _____

PEC _____

CHIEDE

**di essere ammesso/a alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico di MEDICO
NUTRIZIONISTA**

per la realizzazione del progetto "Percorsi di Nutrizione Consapevole " – Formazione e consulenza nutrizionale per studenti, genitori e docenti".

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di partecipare alla procedura in qualità di:

☐ Personale interno dell'I.C. "Edmondo De Amicis – Leonardo Da Vinci"

☐ Personale di altra Istituzione scolastica Istituzione scolastica di appartenenza

(indicare quale) _____

☐ Dipendente di altra Pubblica Amministrazione Amministrazione di appartenenza

(indicare quale) _____

Profilo professionale _____

☐ Libero professionista

Partita IVA _____

☐ Lavoratore autonomo occasionale

☐ Altro (specificare)

DICHIARA INOLTRE

☐ di essere cittadino italiano ovvero di uno Stato membro dell'Unione Europea;

☐ di godere dei diritti civili e politici;

☐ di non essere stato escluso dall'elettorato politico attivo;

-
- ☐ di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti che impediscano la costituzione del rapporto con la Pubblica Amministrazione;
- ☐ di non essere stato destituito, dispensato o dichiarato decaduto da un impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- ☐ di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità, inconferibilità o conflitto di interessi;
- ☐ di possedere l'idoneità fisica allo svolgimento delle funzioni cui la presente procedura di selezione si riferisce;
- ☐ di non trovarsi in situazione di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dal d.lgs.n.39/2013 e dall'art. 53, del d.lgs. n. 165/2001;
- ☐ di possedere tutti i requisiti richiesti dall'Avviso.

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI

Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

conseguita presso _____

in data _____

con votazione _____

Abilitazione all'esercizio della professione medica

☐ SI

Ordine dei Medici della Provincia di _____

n. iscrizione _____

Specializzazione

conseguita presso _____

in data _____

Ulteriori titoli attinenti come da CV allegato

DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettarne integralmente tutte le condizioni;
- ☐ di impegnarsi a svolgere personalmente tutte le attività previste dall'incarico;
- ☐ di rispettare il calendario concordato con l'Istituto;
- ☐ di collaborare con il Dirigente Scolastico, il Referente del progetto e con il personale della scuola;
- ☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003.

DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 53 DEL D.LGS. 165/2001

(da compilare esclusivamente dai dipendenti di Pubbliche Amministrazioni)

- ☐ di impegnarsi a produrre la prescritta autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza prima della sottoscrizione dell'incarico.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Curriculum vitae in formato europeo, datato e firmato;
- ☐ Copia di documento di identità in corso di validità;
- ☐ Allegato B – Scheda di autovalutazione dei titoli;
- ☐ Allegato C – Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e conflitto di interessi;
- ☐ Proposta progettuale;
- ☐ Altra eventuale documentazione (specificare):



COESIONE
ITALIA 21-27
SICILIA



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
PROGRAMMA OPERATIVO



Luogo _____ **Data** _____

Firma