ALLEGATI

***Al Dirigente scolastico dell’Istituto Comprensivo Cervasca***

Oggetto: Istanza di candidatura RSPP

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………….…………., nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede

di svolgere il ruolo di Responsabile del Servizio di Prevenzione e di Protezione (ai sensi del D.lgs. n. 81 del 09/04/08) presso l’Istituto comprensivo di Cervasca ai sensi del Bando prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 30 dicembre 2020.

Il compenso annuo lordo offerto è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_ dichiara altresì di offrire i seguenti servizi aggiuntivi e privi di oneri per l’Amministrazione:

A tal fine allega DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000) per quanto previsto all’art. 7 del bando.

Data …………………………….

FIRMA

……………………………………………..

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(**Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000**)**

Il/La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Indirizzo |  |
| Telefono |  |
| Fax |  |
| Email |  |
| PEC |  |
| Nazionalità |  |
| Data e Luogo di nascita |  |

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

* di essere a conoscenza dei compiti connessi al ruolo professionale di RSPP, come esplicitati nel Bando di selezione della istituzione scolastica e di accettarne senza riserva alcuna tutte le condizioni;
* di non aver riportato condanne penali;
* di essere in regola con il versamento dei contributi;
* di essere in possesso di conto corrente dedicato per i pagamenti da parte della pubblica amministrazione
* di essere disponibile ad accettare l’incarico a decorrere dalla firma del contratto
* di essere in possesso dei seguenti titoli:

TITOLI DI STUDIO – ABILITAZIONI

ESPERIENZA SPECIFICA

*Il/La sottoscritt\_ dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

***DATA***

*FIRMA*

**In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità.**

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell’impiegato dell’Ente che ha richiesto il certificato. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.